



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

KEROLYN RAMOS GARCIA

**O EXERCÍCIO DAS ENTIDADES SOCIAIS NO ÂMBITO DO
CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília – DF
2015

KEROLYN RAMOS GARCIA

**O EXERCÍCIO DAS ENTIDADES SOCIAIS NO ÂMBITO DO
CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz

Co-orientadora: Profa. Dra. Margô Gomes de Oliveira
Karnikowski

Brasília – DF
2015

KEROLYN RAMOS GARCIA

**O EXERCÍCIO DAS ENTIDADES SOCIAIS NO ÂMBITO DO
CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Data de Defesa: 02/07/2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof. Me. Sérgio Ricardo Schierholt
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Antônio Iturri de la Mata
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Brasília – DF
2015

Dedico esse trabalho aos meus pais, a quem devo a minha eterna gratidão por sempre estarem presentes e serem minha motivação. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Deus pela vida, amor incondicional e pela companhia em todos os momentos, e a Jesus Cristo por sempre iluminar meu caminho e abençoar minhas escolhas.

Aos meus pais, pela dedicação em me proporcionar a melhor vida possível, compreensão, carinho, apoio e pelos ensinamentos dados. Por serem meu porto seguro e meu espelho, pela confiança e, principalmente, por todo amor. Vocês são, sem dúvida, minha motivação para ser uma pessoa melhor a cada dia.

À minha irmã, pela cumplicidade e companheirismo, e por me ensinar o significado da palavra irmandade e à minha amiga Ana Terra, por ser irmã de consideração e mãe de mesma idade.

À todos os meus familiares que, por fazerem parte de uma família gigantesca, não poderei citar um a um, mas que possuem um lugar especial no meu coração e ainda aos meus familiares mais próximos, que compreenderam a minha ausência e sempre me motivaram a prosseguir, especialmente às minhas avós, minhas tias, meus tios, primos e primas e em especial ao meu querido Alan Garcia (*in memoriam*), que tanto me faz falta, pelos anos que pude desfrutar da sua presença.

A todos os meus amigos, que sem dúvida são a família que pude escolher, agradeço com todo meu amor, especialmente a minha amada Ana Gabrielle, pela amizade mais sincera que já pude ter, Brenda Nóbrega, por ser minha companheira desde o início da faculdade, Mônica, minha “marida”, pelas vidas e cabeças tão semelhantes, Esther, pela oportunidade de ser minha nova família e Danylo Vilaça, minha mente em forma de homem, pelo brilhantismo. Aos meus lindos Gabriel Omami e Millena Queiroz, Raul Lima e Bela, pelas amizades a distância mais profundas e duradouras que alguém poderia ter e ainda ao Algodão Doce, por me acolherem nesse grupo louco.

À minha mãe postíça e co-orientadora, Margô Karnikowski, por todos os conselhos, oportunidades, carinho e amor. Sou sem dúvida afortunada por ter sido agraciada com você na minha vida e me orgulha ser a “Margôzinha”.

Ao meu tão amado Joaquim Trajano, por ser um homem maravilhoso que me inspira todos os dias com todo o amor, compreensão, paciência, respeito e lealdade e proporciona meus melhores sorrisos, além da ajuda e apoio incomparável para a realização deste trabalho.

Àqueles que de uma maneira ou de outra fazem parte da minha história meu agradecimento, em especial aos alunos e colegas da Universidade da Maturidade, por terem mudado completamente o meu último semestre de curso e me transbordarem orgulho e alegria.

A todas as minhas séries prediletas, por terem sido meu lazer por todos esses anos de dedicação à Universidade.

À minha orientadora, Mariana Sodário, pela paciência, valiosas palavras e pela oportunidade de ter uma mulher tão incrível como orientadora. Minha admiração é imensurável diante da profissional e da pessoa maravilhosa que você é.

À Sandra, Secretária Executiva do Conselho de Saúde do Distrito Federal e a todos os outros empregados do conselho, pela paciência em responder meus e-mails, atender aos telefonemas, pela recepção no conselho e pela contribuição para a realização deste trabalho.

A todos os docentes e servidores que me proporcionaram todo o conhecimento e contribuíram na minha formação profissional e pessoal, em especial a todos os porteiros, faxineiros, secretárias, merendeiras, e a todas as “tias” da secretaria de graduação.

À banca de avaliação, Prof. Me. Sérgio Shierholt e Prof. Dr. José Iturri, por terem me acompanhado desde o início da graduação e neste momento de finalização da mesma.

A todos os conselheiros e conselheiras de saúde que lutam pelo controle social e pela defesa do nosso SUS.

Por fim, à Universidade de Brasília, por ter me feito enxergar além dos meus preconceitos e mundo particular, por ter me apresentado a tantas pessoas especiais e por ter me transformado em várias esferas do que hoje, posso dizer que “sou eu”.

*Desde que
a minha vida
saiu dos trilhos*

*sinto que posso
ir a qualquer lugar.*

Zack Magiezi

RESUMO

O controle social no SUS, essencialmente, nasce de lutas sociais com exigências de participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, as quais foram conquistadas com a Constituição Brasileira de 1988, e foi intimamente construído e consolidado pelos movimentos e entidades sociais vigentes no Brasil. Os Conselhos de Saúde se constituem, atualmente, juntamente das conferências de saúde um dos principais espaços para exercício da participação e do controle social. Em teoria, as entidades sociais que compõem os Conselhos de Saúde representam os interesses dos usuários do SUS. É possível questionar, no entanto, se a participação social e o compromisso social dessas entidades defendem de fato sua representação como usuário ou se há uma incúria dessas demandas em benefício de um coletivo específico. Dessa forma, este estudo tem por objetivo analisar o exercício da representatividade das Entidades Sociais no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF no período entre 2012 a 2014, de modo a identificar a composição dos diferentes segmentos do CSDF e analisar as demandas e solicitações de pauta inferidas por tal segmento. Para tanto será utilizado metodologia quali-quantitativa e método de análise documental consubstanciada nas atas e pautas do referido Conselho e nomeação das entidades. Obteve-se como resultados que as pautas inferidas no CSDF sofrem influência de demandas específicas das entidades que ocupam a cadeira do segmento dos usuários, sendo o exercício dessas entidades fortemente ligado aos assuntos discutidos no conselho em demandas “auto-favoráveis”. A burocratização dos conselhos, a pouca representatividade dos conselheiros usuários e o enfraquecimento dos movimentos populares são fatores determinantes nas mudanças de rumo da sociedade no que tange à sua participação nessas instâncias. É necessário estimular a participação e efetivar a tomada de posse dos espaços que são garantidos. Enquanto for delegado ao outro o dever pessoal de construção democrática, a sociedade tende a se desenvolver sob o olhar de poucos, deixando muitos às margens de seus direitos e deveres.

Palavras-chave: Controle social; Participação em saúde; Conselho de Saúde; Entidades sociais; Sistema Único de Saúde – SUS

ABSTRACT

The social control in SUS essentially arises from social struggles with society participation requirements in the management of the health system, which were won by the Brazilian Constitution of 1988 and was closely built and consolidated by social movements and organizations that made up the Brazil. The Health Councils are currently together of health conferences a leading spaces for the exercise of participation and social control. In theory, social entities that make up the Health Councils represent the interests of the SUS users. It is possible to question, however, is social participation and social commitment of these entities actually defend their representation as a user or if there is a neglect of these demands for the benefit of a specific collective. Thus, this study aims to analyze the exercise of representativeness of Social Entities under the Health Council of the Federal District - CSDF in the period from 2012 to 2014, identifying the composition of the different segments of the CSDF and analyzing the demands and staff requests implied by such segment, using qualitative and quantitative methodology and document analysis method embodied in the minutes and agendas of the Management Board and appointment of the entities. Was obtained as results that the guidelines inferred the CSDF are influenced by specific demands of the entities that occupy the chair of the segment of users, and the exercise of these entities closely linked to the issues discussed on the board in demands "self-supportive." The bureaucratization of the councils, the little representation of directors users and the weakening of popular movements are key factors in the company's direction changes with respect to their participation in these instances . It is necessary to stimulate the participation and conduct the swearing in of the spaces that are guaranteed. As is delegated to other staff duty of democratic construction, society tends to develop under the gaze of a few, leaving many on the margins of their rights and duties.

Keywords: Social control; Participation in health; Health Council; Social entities; Health System – SUS.

LISTA DE ABREVIACÕES

CF/1988 – Constituição Federal de 1988.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CRSC – Conselho Regional de Saúde de Ceilândia.

CSDF – Conselho de Saúde do Distrito Federal.

DF – Distrito Federal.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero.

MS – Ministério da Saúde.

SES/ DF - Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal.

SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1973.

Quadro 2 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1989.

Quadro 3 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1993.

Quadro 4 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1999.

Quadro 5 – Previsão de composição do CSDF no ano de 2011.

Quadro 6 – Composição do CSDF no ano de 2008.

Quadro 7 – Composição do CSDF no ano de 2011.

Quadro 8 – Composição do Segmento dos Usuários do CSDF de acordo com o Regimento Interno. Gestão 2012/2014.

Quadro 9 – Associações quem compõem o CSDF sem previsão Regimental. Gestão 2012/2014.

Tabela 01 – Relação e quantitativo de atas analisadas no período de 2012 à 2014.

Gráfico 1 – Temas abordados nas reuniões do CSDF entre o período de 2012 e 2014 (em %).

Gráfico 2 – Categoria dos informes do CSDF de 2012 à 2014 (em %).

Gráfico 3 – Pedidos de inclusão de pauta nos anos de 2012 a 2014, por segmento (em %).

Gráfico 4 – Demandas apresentadas pelo segmento dos usuários – 2012 a 2014 (em %).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
4. OBJETIVOS	27
4.1 Objetivo Geral.....	27
4.2 Objetivos Específicos.....	27
5. METODOLOGIA DA PESQUISA	28
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6.1 Composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal em uma perspectiva histórica .	32
6.2 Análise das atas: temas, demandas e encaminhamentos.....	43
6.3 A representatividade dos conselheiros do segmento dos usuários	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
9. ANEXOS.....	67
Anexo 1	67
Anexo 2	68
Anexo 3	69

1. INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), as conquistas dadas pelas lutas sociais com exigências de participação da sociedade na gestão do sistema de saúde foram oficialmente conquistadas, sendo consideradas um marco na história da democracia participativa no Brasil. A prática do controle social e participação social são fundamentais no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Ao longo dos anos, a participação da sociedade na saúde passou por processos complexos de mudanças, que resultaram em um sistema de controle social cada vez mais qualificado, deliberativo, independente e representativo (BRASIL, p.12. 2014).

O processo de democratização e a descentralização das políticas sociais no Brasil abriram espaço para incontáveis experiências de participação popular em arenas públicas de decisão de políticas (LABRA & FIQUEIREDO, 2002). O controle social no SUS foi intimamente construído e consolidado pelos movimentos e entidades sociais vigentes no Brasil nas últimas décadas e, atualmente, compõem os Conselhos de Saúde organizados nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Normativamente, há previsão de 50% de usuários do sistema na composição dos conselhos, representados pelas referidas entidades sociais. Dessa forma, essas organizações devem representar os interesses da população, ou seja, dos usuários do sistema, obtendo-se dessa forma uma composição paritária do Conselho (25% gestores, 25% trabalhadores e 50% usuários).

A referida composição está relacionada na Lei 8.142 de 28 de novembro de 1990, a qual aponta o Conselho de Saúde como uma instância de caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e regulamentada especificamente pela resolução nº 453 de 12 de maio de 2012, onde lê-se que o número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei, sendo as vagas distribuídas de 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. (BRASIL, 1990; BRASIL 2012). Além disso, a resolução institui, ainda quais entidades serão contempladas para representação, sendo que a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. O texto da resolução conta com as seguintes representações: associações de pessoas com patologias; associações de pessoas com deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais

e populares, organizados (movimento negro, LGBT, entre outros); movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas; comunidade científica; entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; e governo. (BRASIL, 2012)

Esses movimentos, no entanto, advêm de bases geralmente organizadas e podem representar interesses de grupos sociais específicos com demandas específicas, sendo possível o surgimento do seguinte questionamento: Até que ponto as entidades sociais dos Conselhos de Saúde representam interesses generalizados da população, não somente interesses e demandas específicas de seus grupos sociais? Essas entidades se apoderam desses espaços de que maneira?

É possível identificar quais tipos de entidades estão ocupando as cadeiras de conselheiros e os diversos espaços do controle social em maior número e atividade a partir da composição dos Conselhos de Saúde. Os interesses e demandas apresentadas e representadas nos Conselhos de Saúde refletem diretamente o controle social e as outras esferas atingidas pelas deliberações desses conselhos, sendo, portanto, de grande valia que se façam estudos e debates acerca do tema.

Considerando que o controle social nasce de uma série de lutas e movimentos sociais em favor da participação social, tais movimentos, em teoria, deveriam representar a população como um todo, exercendo o poder da democracia, não apenas levando em conta suas próprias categorias representadas. A origem dos movimentos sociais e seu poder de organização e conhecimento prévio a respeito do funcionamento do controle social pode ter relação com as pautas apresentadas nos Conselhos de Saúde e o caminho que toma a discussão, além de uma dominação das pautas apresentadas, excluindo, assim, demandas de grupos que não necessariamente estão diretamente representados no âmbito dos conselhos.

2. JUSTIFICATIVA

Vários desafios cercam a participação e controle social na atual conjuntura democrática em que o país está inserido, na qual temos uma democracia instituída, mas ainda passando por reformas políticas e discussões sobre a sua consolidação. Apesar de atualmente os Conselhos de Saúde estarem presentes em 5.580 municípios brasileiros (GUIZARDI, 2009) não é possível inferir que o controle social está amplamente instituído. Mesmo com o esforço para manter-se a paridade dessas instâncias, tem-se constatado que a participação, principalmente do segmento dos usuários, tende a ser cerceada na medida em que a presença quantitativa, mesmo quando cumprida, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção. Essa característica recorrente incide negativamente na eficácia dessa forma de participação, e, ainda, segundo Guizardi (2009) pretender uma igualdade a partir da presença física dos representantes seria supor que ela pudesse superar em si mesma um longo processo sócio-histórico engendrado através de inúmeras desigualdades. Dessa forma, a participação dos usuários como representantes de entidades fixas dos Conselhos de Saúde não necessariamente assegura ao usuário a devida representação.

Estudos sobre controle social encontrados na literatura revelam que as tomadas de decisões acerca dos temas a serem debatidos no espaço dos Conselhos de Saúde do Brasil são definidas majoritariamente pela secretaria de saúde local (SHIMIZU, 2013). Dessa forma, é possível inferir que demandas do grupo de gestores são prioritariamente tratadas no âmbito dos conselhos, minimizando assim a participação e proposição do segmento dos usuários. A falta de consulta às demandas dos usuários que buscam os serviços de saúde impacta negativamente nas ações e formas de organização do serviço e ao não se considerar a população como sujeito político, mas como objeto, como número que se apresenta em cálculos e em tentativa de previsão e ordenação da assistência, perdemos o contato com a humanização do atendimento e as necessidades apresentadas na ponta. Essa forma de organização das práticas no conselho, extremamente centralizada e burocratizada, impede que os sujeitos dialoguem com sua experiência e com os desejos nele implicados, revelando-se pouco porosos à produção de novas possibilidades. Dessa forma, a proposição de demandas pelo segmento dos usuários se torna minimizada ou maquiada pela participação individual dos mesmos, quando, na verdade, deveria haver um discurso coletivo de representação (SHIMIZU, 2013). Por tais fatos, Shimizu (2013) critica diretamente a relação dos Conselhos de Saúde como meio de democracia e participação popular, uma vez que tais ambientes não

asseguram a democracia e a inserção dos grupos e entidades no conselho e não garantem a participação efetiva da população e sua devida representação.

Por isso, podemos refletir que apesar da implementação do controle social, a sua consolidação por meio da participação social ainda está em andamento. Sendo os Conselhos de Saúde formados por 50% de usuários, esse número deve ser representado pelas entidades sociais. Tais entidades sociais existem para levar as demandas dos usuários e representá-los, não em funções individuais, mas priorizando um coletivo. A relevância dos movimentos e grupos sociais na organização do controle social configura um avanço histórico na conquista dos espaços de participação, nos quais grupos excluídos socialmente passam a ter oportunidade de se manifestarem pública e oficialmente, como, por exemplo, entidades de movimentos LGBT, negros, mulheres, entre outros. No entanto, quando falamos sobre “coletivo”, há uma representação de coletividades específicas que defendem demandas específicas, sendo possível inferir a hipótese de que as demais coletividades podem ser negligenciadas por não serem representadas oficialmente. Podemos nos questionar se a participação social e o compromisso social dessas entidades defendem de fato sua representação como usuário ou se há uma incúria dessas demandas em benefício de um coletivo específico.

Segundo Cortes (2002), as organizações que representam os interesses dos usuários cada vez mais têm renovado esforços para aumentar sua influência nos Conselhos de Saúde. Além disso, os representantes dos usuários parecem reconhecer que, com a Constituição Federal de 1988, foi aberta a possibilidade de participação dos usuários no processo de decisão da política setorial, aumentando o interesse pelo assunto (COTTA, 2014). No entanto, reconhecem também a dificuldade de inserção do segmento dos usuários nos assuntos do conselho, considerando aspectos que vão desde a capacitação até apresentação de demandas.

Para que a atuação do Conselho de Saúde se torne cada vez mais representativa socialmente e para a consolidação da prática do controle social, são necessárias diversas ações que minimizem as desigualdades de participação e que tenham como preceitos básicos as diretrizes do SUS de universalidade, equidade e integralidade e, ainda, os princípios da regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação da comunidade. Ações como educação popular e permanente, incentivo a participação desde os primórdios de inserção social, interação dos conselheiros com o público de usuários, abertura do espaço do conselho para a participação de usuários e trabalhadores não somente enquanto representantes de entidades, empoderamento dos conselheiros dos segmentos trabalhadores e

usuários, visibilidade nas necessidades da população, entre outras, são exemplos que poderiam potencializar o conselho de saúde e sua representação social. A visão deste estudo quanto as demandas apresentadas e a atuação dos usuários no Conselho pode ajudar a traçar discussões sobre essas soluções, considerando que os dados a serem expostos podem basear estudos futuros.

Acredita-se que este trabalho pode trazer ainda reflexões relevantes aos conselheiros do Conselho de Saúde do Distrito Federal, contribuir para a organização e manutenção do CSDF e ainda nas demais esferas de participação social sobre as potencialidades e fragilidades do tema no que se refere ao exercício das entidades sociais no controle social e a atuação das mesmas na consolidação da participação social e da democracia no Sistema Único de Saúde. A atuação do profissional de saúde coletiva formado em nível de graduação traz consigo uma reformulação das concepções de como se compreende SUS, gestão e controle social, atuando nas mais diversas ações para o desenvolvimento de um Sistema Único melhor e que atenda de forma resolutiva o usuário. A visão deste trabalho pode auxiliar ponderações aos conselheiros e demais leitores a respeito de suas atuações no controle social desde a visão do gestor, até os trabalhadores e usuários. A formação em Saúde Coletiva, a qual abarca pilares da epidemiologia, ciências sociais e gestão, permite a atuação em diversos âmbitos do sistema, desde a gestão até o suporte e atendimento na ponta. Tal diversidade de formação induz o profissional a ter uma visão ampla de saúde, encarando que as ações estratégicas têm efeito no sistema como um todo, ou seja, as decisões tomadas em um âmbito impactam em outras instâncias. Assim sendo, pode-se entender que o controle social e a visão do profissional de saúde coletiva sobre a atuação dessa instância deliberativa impacta não somente em ações de gestão, mas nas mais diversas áreas do sistema de saúde. Apesar do controle social também integrar a gestão, suas ações tem um caráter fiscalizador, avaliador e propositor, enquanto a gestão, por si só, possui caráter planejador – o qual é acompanhado, também, pelo conselho – e executor.

Diante de um Estado autoritário, controlador e centralizador, o Sistema de Saúde antes da CF/1988 era baseado em uma logística privatista, com restrição de acesso aos serviços e sem participação da sociedade no planejamento, criação e execução de políticas públicas. Foi um longo processo de conquistas e disputas, do qual se resultou um Estado democrático e descentralizado, com autonomia política e previsão de participação da população. Considerando que a luta pela democracia coincide diretamente com a luta pela saúde; que a Reforma Sanitária preconizava um modelo de saúde com justiça social; e as deliberações da

VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, entende-se que as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 são marcos importantes nesse processo de alastramento e consolidação de ideais democráticos e participativos. O SUS é, portanto, consequência de um processo doloroso de construção democrática, que obteve sucesso na sua criação e que, por ser ainda jovem, necessita de esforços para crescer, se estabelecer e se concretizar em um SUS que atende as necessidades de saúde da população. Para tanto, os conselhos de saúde como meio de participação da sociedade após a implantação do SUS, precisam ser compreendidos em seus mecanismos reais de atuação e representatividade, para além dos marcos meramente teóricos e normativos, com vistas à discussão de estratégias factíveis para o fortalecimento da efetividade do controle social em saúde e contribuição na compreensão do percurso democrático após a implantação do SUS, considerando como ponto de partida que o modelo atual pode (ou não) responder aos anseios democráticos indicados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O controle social em saúde, em sua perspectiva atual, é entendido como o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado (SHIMIZU, 2013). Encontra-se ancorado na utopia igualitária idealizada dentro do processo da Reforma Sanitária, com o intuito de garantir a saúde como um direito do cidadão e a construção do fortalecimento do poder local por meio de uma gestão social democrática. Nessa perspectiva, o fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado permitiria a expansão da esfera pública, por meio da criação de canais de participação social (SHIMIZU, 2013). O controle social, no entanto, se limita a atuação desses canais de representação e participação social. Dessa maneira, podemos compreender que a partir da reforma sanitária brasileira e dos movimentos populares que a idealizaram e a realizaram, o controle social se consolida como uma forma mais aproximada de participação e controle da sociedade sobre as ações do Estado, sendo democraticamente construído e encaminhado. Para a garantia do controle social consolidado, nascem os Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas de representação. O trabalho destes Conselhos não deve ser confundido com o papel executivo do gestor de saúde. Este é o responsável pela execução da política de saúde, aquele por propor as diretrizes desta política, acompanhando as ações e fiscalizando a utilização dos recursos (NETTO, 2006).

A definição do verbo “representar” no dicionário Aurélio remete a “ser a imagem ou a reprodução, significar”, o que nos permite inferir que representação é o ato ou efeito de representar. De acordo com Gerschman (2004), a representação pressupõe um complexo de direitos políticos que permitem a formação e a manifestação da vontade política dos representantes. A representação está, na verdade, estreitamente ligada a um processo de duplo sentido de comunicação das mensagens políticas, sendo dependente de todos os canais de informação recíproca e sensível a todas as perturbações que acontecem neste campo. Dessa forma, podemos inferir que a partir da representação, o representante transmite não apenas os interesses de vontade pública, mas também interesses de vontade política individual.

Bordenave (1994) afirma que a participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e Morgan (2010) complementa que a participação, a partir da fala de Bordenave (1994), não é somente um instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, uma necessidade fundamental do ser humano. Atualmente ela aparece associada a vários termos, como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, controle social, dentre outros.

Uma das maneiras que a sociedade civil encontrou de exercer a participação social a partir dos conceitos de Bordenave foi se organizando em movimentos sociais. Tais movimentos partiam da premissa de organização de grupos com interesses semelhantes, os quais exerciam a representação de outras massas. Não há um acordo sobre o conceito de movimento social. De acordo com Scherer-Warren (1993), é comum para alguns autores o conceito de que toda ação coletiva com caráter reivindicativo ou de protesto é movimento social, independente do alcance ou do significado político ou cultural da luta. Ainda na obra de Scherer-Warren (1993), movimentos sociais seriam aqueles que atuam no interior de um tipo de sociedade, lutando pela direção de seu modelo de investimento, de conhecimento ou cultural.

Entretanto, diferentemente de outros conceitos, o conceito de movimentos sociais apresenta significados distintos, conforme a concepção a partir da qual se desenvolve. Isso fica evidente nos seminários, congressos e palestras sobre o tema, nos quais os mais variados tipos de ação coletiva são classificados como movimentos sociais. (GOSS, 2004)

É preciso pensar os movimentos sociais como redes, com maior ou menor visibilidade, mas sempre com certa permanência, como sujeitos políticos não só coletivos, mas múltiplos, heterogêneos, que compartilham alguns princípios básicos sobre a participação popular, a cidadania e a construção democrática. Tais movimentos podem ser vistos como incluindo desde associações de moradores até organizações não governamentais, setores partidários e, por que não, setores do Estado, especialmente nos níveis municipal e estadual. (DAGNINO, 1994). Muitos desses representantes são tidos como entidades sociais. Para este trabalho, considerou-se entidades sociais como organizações voltadas para atender determinadas necessidades ou modificar certas características da sociedade em que se encontram através dos seus serviços e atuações, levando-se em conta que o conceito do termo *entidade social* não é amplamente discutido como o conceito de movimentos sociais. Em nível de participação no conselho de saúde, entidades sociais, associações e movimentos populares englobam segmentos da sociedade que podem exercer a participação social inseridos como conselheiros no âmbito do conselho. Além disso, no regimento interno do CSDF aprovado em 2011, encontra-se o seguinte texto no Art. 3º:

“Para efeito de aplicação deste Regimento definem-se como:

I - entidades e movimentos sociais do Distrito Federal de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS aqueles que tenham atuação e representação no Distrito Federal e com funcionamento de no mínimo de 02 (dois) anos. II - entidades de profissionais

de saúde do Distrito Federal, vedada a participação de entidades de representantes de especialidades profissionais; III - entidades de prestadores de serviços de saúde do Distrito Federal - aquelas que congreguem hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde privados, com ou sem fins lucrativos. IV- gestores são pessoas investidas de cargos de direção na Secretaria de Estado de Saúde do DF.” (Regimento Interno CSDF, 2011.)

A participação da comunidade na saúde, preceito constitucional, precisa ser proposta, estimulada e garantida por todos os cidadãos, afinal todo poder emana do povo (Constituição Federal, 1988). Ela é um direito do cidadão pleno, portador de direitos. É extremamente necessário cultivá-la nas questões que dizem respeito ao direito à vida e à saúde. Já o controle social requer que cada cidadão deve controlar a sociedade como um todo, tanto o setor público como o privado. Parece, a muitos, utópico e dúbio imaginar cidadãos controlando a própria sociedade da qual fazem parte e da qual são condicionantes e determinantes, visto o papel controlador do Estado e da sociedade em si. Por ser obrigatoriedade do gestor único de saúde assegurar a participação da comunidade, dar informação e ouvir o cidadão, assegurar ao conselho a oportunidade de formulação de estratégias e acompanhamento e fiscalização do fundo de saúde, prestação das contas e relatórios da execução orçamentária e de gestão e reger-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, existe um afastamento da responsabilidade social e pessoal dos cidadãos (CARVALHO, 2007).

Como primeiro passo, devemos assumir e garantir que o conceito pleno de participação comunitária é bem mais amplo que o de apenas fazer o controle social. A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde (CARVALHO, 2007).

O exercício das entidades sociais dentro do controle social e sua principal forma de tomada de decisão, os Conselhos de Saúde, são fatores importantíssimos no reflexo das ações deste exercício para a sociedade. Quando abordado o tema controle e participação social, há uma necessidade de se fazer um apanhado histórico da luta por esse direito e a idealização da participação social por meio do controle social, conceituando-se cada um destes termos. Os conselhos surgem então como desdobramentos do movimento popular de saúde, consistindo em fóruns públicos para, entre outras coisas, reivindicação de melhorias no sistema de saúde (ROMÃO, 2006).

A criação dos Conselhos de Saúde como instância institucionalizada de participação social, sem dúvida, significa uma conquista da sociedade civil em busca da construção de uma

perspectiva mais democrática em saúde. Em realidade, espera-se que os CS possibilitem novas formas de interação entre governo e sociedade, que resultem em novos padrões de governo baseados na gestão democrática, com centro em três pilares fundamentais: maior responsabilidade dos governos em formular políticas públicas consentâneas com as necessidades da população; reconhecimento dos direitos sociais; e abertura de canais para ampla participação da sociedade (SHIMIZU, 2013).

Os Conselhos de Saúde são propugnados pela Constituição Federal e regulamentados na legislação ordinária, tendo se tornado uma realidade na política setorial (CARVALHO, 1995). A Constituição Federal define na seção II, artigo 198, que o SUS seja organizado de acordo com a participação da comunidade, sendo tal colocação reforçada como um princípio do SUS garantido no capítulo II da Lei nº 8.080 de 1990. Esta participação é regulamentada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que designa a conferência de saúde “com representação dos vários segmentos sociais”, a reunir-se a cada quatro anos, e o conselho de saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas participantes da gestão do sistema. A mesma lei, no artigo 1º, parágrafo 2º, define que “O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”. Nesta lei é ainda atribuído status público ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), por meio da representação no conselho nacional de saúde, e define-se o caráter paritário destes conselhos. (RIBEIRO, 1997)

Os Conselhos de Saúde se constituem, atualmente, juntamente das conferências de saúde, em um dos principais espaços para exercício da participação e do controle social. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, p.12. 2014). Apesar da participação dos conselhos na gestão do sistema, este não se caracteriza como órgão responsável pela gestão ou execução de serviços, cabendo essa tarefa ao Poder Público em suas três esferas. Um Conselho de Saúde é um órgão colegiado, ou seja, composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade; permanente, considerando-se que para a extinção deste é necessária uma lei; e deliberativo, tomando decisões que devem ser cumpridas pelo poder executivo. (BRASIL, p.39. 2014).

O CSDF atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, no âmbito do Distrito Federal, inclusive em seus aspectos econômico-financeiros e nas estratégias para a sua aplicação aos setores públicos e privados, de acordo com a Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011, que dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal, em conformidade com o art. 198, III, da Constituição Federal; o art. 7º, VIII, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; a Lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; o art. 215 da Lei Orgânica do Distrito Federal; e as diretrizes da Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 4 de novembro de 2003. A Lei prevê ainda em seu Artigo 16 a respeito das competências do CSDF, sendo estas:

I – elaborar o seu Regimento Interno;

II – aprovar as diretrizes gerais da Política de Saúde do Distrito Federal e acompanhar a sua execução;

III – programar, em caráter complementar, a mobilização e a articulação da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde – SUS, para o controle social da saúde;

IV – deliberar sobre os programas e projetos de saúde a serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal;

V – avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes do Plano de Saúde do Distrito Federal;

VI – estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, segundo os critérios epidemiológicos, respeitando os princípios do SUS;

VII – acompanhar a execução financeira e a destinação dos recursos do Fundo de Saúde do Distrito Federal;

VIII – fiscalizar e controlar a execução orçamentária e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo os do Fundo de Saúde do Distrito Federal, os transferidos e próprios do Distrito Federal e da União;

IX – apreciar, emitindo parecer sobre os planos anuais e plurianuais de saúde e relatórios de gestão, no prazo de noventa dias, prorrogável por trinta dias, a contar da data de recebimento dos documentos correspondentes pela Secretaria do Conselho de Saúde do Distrito Federal, bem como emitir parecer sobre matérias que forem encaminhadas para apreciação do Colegiado;

X – representar, junto aos órgãos de controle externo e interno – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Tribunal de Contas do Distrito Federal, Controladoria Geral da União e Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, conforme couber – no caso de não encaminhamento dos relatórios de instrumentos de gestão ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, pelo Secretário de Saúde, no cumprimento dos prazos regimentais;

XI – propor diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, em função das diversas situações epidemiológicas e da capacidade organizacional dos serviços;

XII – articular com os Comitês de Ética em Pesquisa – CEP instalados no Distrito Federal, indicando representantes de usuários nesses comitês e acompanhando sua atuação;

XIII – requerer, estimular e apoiar os estudos e pesquisas sobre assuntos da área de saúde, de interesse para o desenvolvimento do SUS no Distrito Federal;

XIV – convocar extraordinariamente, nos termos do art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, as Conferências de Saúde do Distrito Federal;

XV – apoiar o processo eleitoral dos Conselhos Regionais de Saúde.

XVI – emitir Aviso Público de convocação de eleição e constituir comissão eleitoral em até sessenta dias anteriores à data de encerramento de cada mandato;

XVII – aprovar, acompanhar e avaliar a Política de Gestão de Trabalho do SUS;

XVIII – requisitar aos órgãos da SES/DF informações ou documentos para o cumprimento de suas atribuições;

XIX – promover diligências para fiscalizar, quando necessário, nas unidades da SES/DF.

Ainda conforme a Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011, o CSDF é composto por vinte e oito membros conselheiros titulares, distribuídos de forma paritária, sendo quatorze representantes dos usuários, sete representantes dos trabalhadores de saúde e sete representantes dos gestores e prestadores de serviços públicos e privados de saúde, com a seguinte distribuição de vagas:

I – as quatorze vagas de usuários deverão ser compostas por representantes de:

- a) associações de doentes renais crônicos;
- b) associações de portadores de deficiência física;
- c) associações de portadores de doenças raras;
- d) associações de diabéticos;
- e) associações de hemofílicos;

- f) associações do segmento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT;
- g) associações de apoio aos pacientes com câncer;
- h) organizações religiosas;
- i) associações de alunos da área de saúde;
- j) associações de trabalhadores rurais;
- k) associações ou entidades de defesa do consumidor;
- l) associações de aposentados, pensionistas ou idosos;
- m) associações de pessoas com deficiência mental;
- n) associações ou entidades ambientais.

II – as sete vagas de trabalhadores em saúde deverão ser compostas, dentre as representações de trabalhadores das seguintes áreas ou segmentos, por:

- a) dois representantes do sindicato ou associação dos médicos;
- b) um representante do sindicato ou associação dos enfermeiros;
- c) um representante das demais carreiras de saúde de nível superior;
- d) um representante dos farmacêuticos;
- e) um representante dos trabalhadores das atividades-meio;
- f) um representante do Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

III – as sete vagas de gestores públicos e privados deverão ser compostas pelas seguintes re-presentações:

- a) um representante dos hospitais privados;
- b) um representante da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS;
- c) um representante do Hospital Universitário de Brasília – HUB/FUB ou dos Hospitais Militares das Forças Armadas;
- d) três representantes da SES/DF;
- e) um representante da Fundação Hemocentro de Brasília.

Os representantes do governo devem ser indicados pelos órgãos governamentais locais, como prefeituras, ou pelos estados, Distrito Federal e pela União. Os prestadores de serviços devem ser indicados por entidades que atuam no setor de assistência à saúde pública

e/ou privados. Já os trabalhadores da saúde devem ser profissionais da área administrativa ou de assistência à saúde, e eleitos entre as entidades sindicais de saúde existentes nas diversas esferas do Estado. Membros do Legislativo não podem fazer parte dos CS.

A resolução CNS nº 33/92 expõe as recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, incluindo o Distrito Federal. Em relação a composição desses conselhos, a resolução subdivide os conselhos em conselhos estaduais e em conselhos municipais, sendo que cada um possui uma recomendação de composição diferenciada e adaptada de acordo com suas especificidades. A representação dos usuários, de acordo com a mesma, deve ser composta por representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais; representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde; representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou 33-entidades equivalentes; representante(s) de associações de portadores de deficiências; representante(s) de associações de portadores de patologias; e representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A reforma sanitária brasileira, impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), representou uma matriz do pensamento político de esquerda em torno da qual formou-se uma ampla coalizão de interesses, materializados na Assembleia Nacional Constituinte (1988), em um contexto de reformas democráticas voltadas a redefinir as relações entre Estado e sociedade civil após o longo período de ditadura militar. O modelo proposto para a saúde, de participação societária, o qual pode ser observado no próprio conjunto do capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal, destinava-se a ser retraduzido para as demais políticas públicas (RIBEIRO, 1997). Os movimentos sociais são intrinsecamente associados às políticas sociais, já que são ligados à cidadania. Nutrem-se da experiência sindical e se originam em contextos marcados por Estados ativos na definição de políticas nacionais de desenvolvimento econômico (GERSCHMAN, 2004).

Desde a reforma sanitária e da promulgação da Constituição Federal de 1988, as modificações claras no exercício do controle social são de grande relevância para a atual conjectura social. Enquanto antigamente o controle social era feito pela gestão, de maneira a realmente haver um controle *sobre* a sociedade, atualmente as investidas na consolidação dessa ferramenta de participação social demonstram que com determinação, a sociedade pode e consegue reincidir o sentimento de união da reforma sanitária, necessário para o prosseguimento de uma sociedade que favorece o cidadão.

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar o exercício da representatividade das Entidades Sociais no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

4.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a previsão de composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal desde a sua criação até 2014.
- Verificar quais os temas tratados no âmbito do Conselho da Saúde do DF no período de 2012 a 2014.
- Averiguar as demandas/solicitações de pauta inferidas pelo segmento dos usuários no Conselho de Saúde.
- Identificar a representatividade dos usuários para as questões de saúde tratadas no CSDF no ano de 2014.

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Conselho de Saúde do Distrito Federal. Trata-se de um estudo transversal descritivo – a atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal, sendo a coleta de dados referente ao período de 2012 a 2014 –, quali-quantitativo, utilizando-se o método de análise de conteúdo consubstanciada nas atas e pautas do referido Conselho e nomeação das entidades. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo subdivide-se em três polos, sendo o primeiro a pré-análise; o segundo a exploração do material; e, por último, o tratamento dos resultados com a dedução e a interpretação. Foram utilizadas como fontes de informação as atas das reuniões e das pautas no período de 2012 a 2014, bem como o regimento interno do conselho.

A pesquisa qualitativa e quantitativa se difere da seguinte forma, respectivamente; a pesquisa qualitativa é multimetodológica e está sempre se preocupando com a qualidade, ou seja, com os significados e valores, enquanto a quantitativa leva em consideração a objetividade, ou seja, seus resultados podem ser quantificados por meio da análise dos dados e a utilização de ferramentas estatísticas. No entanto, ambas se complementam e, ainda segundo Minayo “*ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares*”. A metodologia de pesquisa utilizada foi quantitativa devido à utilização dos dados coletados da composição do segmento usuários do Conselho de Saúde do Distrito Federal para que se possa chegar a uma estatística descritiva, além de contabilizar o número de atas, as proposições dos conselheiros e os assuntos tratados no âmbito do conselho. Quanto a metodologia qualitativa, foi utilizada pela qualificação dos dados coletados, durante a análise do problema, levando em consideração as discussões dos conselhos, avaliadas por meio das Atas Oficiais de Reunião e por observação participante para melhor entendimento dos contextos dos debates e a realidade local em todas as 13 reuniões analisadas do ano de 2014. A observação, consiste na atenta aplicação de sentidos a um objeto para dele adquirir sucinto conhecimento (BARROS, 1994). Torna-se uma abordagem científica a partir do instante em que gera planejamento, sistematização e controle da objetividade (LOBIONDO-WOOD, 2001)

A população definida para este estudo foi composta pelo total de membros conselheiros titulares e suplentes componentes do CSDF em seu mandato no período determinado. A composição deste conselho, no entanto, foi estudada desde a sua criação,

utilizando-se as publicações do Diário Oficial do CSDF. Dessa forma, tornou-se possível analisar algumas nuances advindas das diferenças entre as eleições em ambos os anos, considerando aspectos como a quantidade de conselheiros que eram eleitos, mudanças no regimento interno, entidades que faziam parte na configuração anterior, entre outros. Não houve contato direto de entrevistas com os conselheiros, sendo a metodologia proposta a de análise somente via documentação oficial, ou seja, as atas de reunião e observação participante. As variáveis utilizadas para análise foram: a frequência média das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho estudado; o exercício da presidência de seus trabalhos; a frequência média dos participantes distribuídos segundo segmento (representantes dos gestores, trabalhadores e usuários); a relação pauta prevista/realizada; propositores das pautas e deliberações e beneficiários das deliberações. A análise baseou-se na observação destes organismos e da consulta a atas de reuniões. Em termos de observação direta, remetemo-nos a participações observadoras nas reuniões ordinárias e extraordinárias, considerando que os Conselhos de Saúde, de acordo com a lei, devem ter reuniões abertas a participação do público.

Os dados foram obtidos por meio de solicitação da documentação necessária ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, e principalmente o sítio do CSDF no site da secretaria de saúde, onde as atas utilizadas nesse estudo se encontram disponibilizadas. Foi utilizado também o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) para captura dos dados e documentos disponíveis no mesmo. Os dados referentes às gestões anteriores à gestão de 2007 estão arquivados no arquivo central do Distrito Federal e publicados no Diário Oficial, de acordo com informações dadas pelos próprios funcionários do Conselho.

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob parecer nº CAAE 39196014.8.0000.5553 e cumpriu com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196, de outubro de 1996. A leitura das atas e entrevistas implicou no risco de identificação dos conselheiros e atores envolvidos, o qual a pesquisadora assumiu total responsabilidade de confidencialidade dos dados, partindo dos preceitos éticos e das normas da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), nos quais baseiam-se as ações de não identificação dos conselheiros e demais atores envolvidos ou outra qualquer manifestação neste trabalho. A identidade dos conselheiros e demais atores foi, portanto, preservada, não sendo identificados no corpo do trabalho com os nomes completos, mas descritos com as iniciais do nome.

Os critérios de inclusão e exclusão de pautas e atas foram: atas disponibilizadas no sítio do CSDF no site da secretaria de saúde do DF; atas disponibilizadas pelo CSDF; adequação ao período determinado; atas aprovadas e devidamente assinadas em reunião; e pautas aprovadas em reunião. As resoluções, recomendações e demais documentos de produção e responsabilidade pública do Conselho tiveram como critério de inclusão a publicação no Diário Oficial da União. O foco da leitura das pautas permaneceu na iniciativa de inclusão de pauta e quais demandas foram apresentadas, ou seja, somente pedido de inclusão de pauta e o segmento representativo foram observados nas atas inicialmente. Os discursos foram analisados após a análise quantitativa da participação do segmento dos usuários.

Para a estruturação quantitativa e para melhor interpretação dos dados, foi utilizado um roteiro de análise de pautas e atas (anexo 1) onde foram abordados os seguintes campos de preenchimento: 1. Número/ tipo de Reunião; 2. Data; 3. Conselheiros Presentes; 4. Conselheiros que participaram; 5. Pedido de Inclusão de Pauta anterior ou no momento da reunião; 6. Pedido Pautado ou não; 7. Assunto resolvido na mesma reunião ou em outra; 8. Inclusão de pauta por representante de qual segmento/qual entidade; 9. Transcrição dos pedidos de inclusão e da demanda apresentada; 10. Assunto relatado pelo conselheiro, mas não pautado; 11. Encaminhamentos; 12. Considerações.

Os dados qualitativos foram consolidados por meio da leitura das falas registradas em ata, respeitando as possíveis diferentes interpretações e assumindo-se o risco de limitações que as atas de reunião possuem. A análise contou ainda com o respaldo das evidências científicas que tratam do assunto estudado. Foi aferido ainda o nível de participação quantificando, por meio do roteiro de análise de ata, o quantitativo de inclusão de pauta de cada segmento. Tal quantitativo foi calculado considerando-se quantas inclusões de pauta cada segmento possuía, obtendo-se a partir disso a porcentagem referente. É importante ressaltar que o mandato estudado foi o de 2012 a 2014, considerando que o acesso à informação nesse período está disponibilizado no sítio do CSDF na internet e por maior aproximação da pesquisadora com as reuniões intituladas.

Após a leitura das atas, foi possível identificar que os temas dividiam-se em grandes áreas, sendo possível categorizá-los a partir das atribuições do CSDF. As categorias dos temas apresentados nas atas foram subdivididas utilizando a metodologia de Machado (2012) em: 1. Diretrizes e instrumentos de gestão do SUS; 2. Políticas de saúde e formulação de estratégias; 3. Execução financeira e orçamentária da saúde; 4. Fiscalização, controle e avaliação dos

serviços de saúde; 5. Necessidades da população; 6. Outros. Na categoria 1 (diretrizes e instrumentos de gestão do SUS) foram alocados assuntos referentes à necessidade de aprovação do pleno para continuidade das ações da gestão, modelos de gestão, de acordo com as diretrizes e instrumentos utilizados para a execução de atividades da gestão no âmbito do DF. Quanto a categoria 2 (políticas de saúde e formulação de estratégias), o nome torna-se autoexplicativo, considerando que foram alocados assuntos referentes às estratégias do CSDF e discussão e aprovação de políticas diversas, como saúde do trabalhador, atendimento ao usuário, entre outras. Na categoria 3 (execução financeira e orçamentária da saúde) foram contemplados temas relacionados às ações de aprovação do pleno quanto à execução financeira da gestão, necessidade de mais recursos e, ainda, discussões sobre onde e como os recursos disponíveis deveriam ser aplicados. A categoria 4 (fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde) contou com temas relacionados às denúncias feitas pelos conselheiros que foram pautadas, geralmente ligadas à população e, ainda, a avaliação do CSDF quanto aos serviços oferecidos. Abarcou-se também nessa categoria os relatórios de visitas às unidades de saúde, relatórios de gestão, entre outros. Na categoria 5 (necessidades da população) foram contemplados assuntos referentes às discussões que afetariam diretamente a população, como por exemplo falta de medicamentos na atenção básica, clínicas da família e de parto, entre outros. Por último, na categoria 6 (outros), foram alocados assuntos referentes ao funcionamento do conselho, como a sede de reuniões, divisão de processos, entre outros.

As categorias de informes foram subdivididas utilizando-se a metodologia de Pinã (2012) em: 1. Denúncias, 2. Divulgação de eventos e cursos, 3. Organização do controle social, 4. Relatos e gestão do sistema, acrescentando-se ainda mais uma categoria para adequar-se a realidade do CSDF, sendo esta a de 5. Sugestões de melhorias e discussões.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. COMPOSIÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

O Conselho de Saúde do Distrito Federal existe desde 1973. O Sistema Único de Saúde e o controle social foram oficialmente implementados com a Constituição Federal de 1988, pouco mais de 10 anos depois da criação do Conselho, sendo o CSDF criado em um período pré-democrático. Diversas modificações na composição do Conselho e na sua organização fizeram parte da história do CSDF, como mostra o quadro resumo destacado em anexo (Anexo 3) deste documento. Foi a partir do Decreto nº 2.225 de 28 de março de 1973 que ficou criado o CSDF, na época com uma composição diferenciada da atual (Quadro 1). Numa era pré-SUS, não é de se espantar a informação de que o decreto instituía a indicação de membros conselheiros pelo governador e pelo secretário de saúde, sendo ainda que só eram contemplados trabalhadores de algumas áreas e gestores. Nada de usuários.

É relevante, ainda, apontar que a participação no CSDF era acompanhada de pagamento de uma gratificação, o que não se configura na atuação conjuntura. Ainda que não recebam nenhum pagamento de gratificação ou remuneração, de acordo com o Manual de Atuação do Ministério Público em Defesa do Direito à Saúde, publicado em 2005, os Conselheiros de Saúde estão investidos numa função pública, estando sujeitos à responsabilização criminal e civil, por improbidade administrativa, por serem considerados agentes públicos, nos termos da Lei Federal 8.142/90. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005). De acordo com a Subseção II, Art. 17 do Regimento Interno do CSDF, são atribuições dos Conselheiros: I - zelar pelo pleno e total desenvolvimento das ações do CSDF; II - estudar e relatar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhes forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo; III - apreciar as matérias submetidas ao CSDF para votação; IV - apresentar Moções, Recomendações, Resoluções ou outras proposições sobre assuntos de interesse da saúde; V - requerer votação de matéria em regime de urgência; VI - acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dando ciência ao Plenário quando necessário; VII - apurar denúncias sobre matérias afetas ao CSDF, apresentando relatório da missão, sem prejuízo das competências dos demais órgãos da Administração Pública; VIII - desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento de suas atribuições e do funcionamento do CSDF; IX - pedir vistas em assuntos submetidos à

análise do CSDF, quando julgar necessário; X - representar o CSDF perante as instâncias e fóruns da sociedade e do governo quando designado pelo Plenário; e XI – desempenhar outras funções que lhes forem atribuídas pelo Plenário.

Quadro 1 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1973.

Total de membros	Membros Gestores	Membros Trabalhadores	Membros Usuários
6 membros efetivos e 6 colaboradores.	Secretário de Saúde na condição de presidente; Seis membros efetivos designados pelo governador do DF dentre pessoas de reconhecida experiência no campo da saúde ou representantes de instituições oficiais do setor, residentes no DF.	Seis membros colaboradores, representando a Associação de profissionais de Saúde do DF, a Associação Médica de Brasília, Associação Brasileira de Odontologia – Seção DF, a Associação Brasileira de Enfermagem – Seção DF, Sociedade de Medicina Veterinária do DF e a Associação Brasileira de Hospitais.	Não havia espaço para usuários. No entanto, como membros honorários, era possível que os ex-titulares da SES/DF participassem.

Fonte: Decreto nº 2.225 de 28 de março de 1973.

No momento da criação do CSDF não havia um regimento interno, sendo que somente em 1984, mais de 10 anos depois da criação do Conselho, o primeiro regimento foi aprovado por meio do Decreto nº 7.885 de 1984. Em seguida, através da Resolução nº 01 de 1997, houve alterações no regimento interno aprovado pelo plenário e em 1989, a partir da Lei nº 070 de 22 de janeiro de 1989 algumas atribuições foram acrescentadas. Além disso, a composição do Conselho foi modificada (Quadro 2), sendo este formado por 16 membros, dos quais três eram da Secretaria de Saúde; um do Ministério da Saúde; um do Ministério da Previdência; um do Ministério da Educação; um do Ministério do Trabalho; um dos prestadores de serviço de saúde e oito representantes da comunidade (Quadro 2). A comunidade nessa conjuntura já participava devido à CF/1988 que instituía a participação social como diretriz da política de saúde.

Quadro 2 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1989.

Total de membros	Gestores	Trabalhadores	Usuários
16 membros	Três eram da Secretaria de Saúde; um do Ministério da Saúde;	Ministério da Previdência; Ministério da Educação; Ministério do Trabalho; Prestadores de serviço de saúde.	Oito representantes da comunidade.

Fonte: Lei nº 070 de 22 de janeiro de 1989.

Para se adequar a Resolução nº 33/92 do CNS, a Lei nº 469/93 novamente modifica as atribuições e composição do CSDF, desta vez estipulando que os membros seriam quatro representantes dos prestadores de serviço distribuídos entre o Hospital Universitário de Brasília (HUB), a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF); quatro representantes dos trabalhadores; oito representantes dos usuários do SUS e mais o secretário de saúde como presidente na condição de membro nato, totalizando, ainda, 16 membros (Quadro 3).

Quadro 3 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1993

Total de membros	Membros Gestores	Membros Trabalhadores	Membros Usuários
16 membros + 1 presidente na pessoa do Secretário de Saúde.	Quatro representantes dos prestadores de serviço distribuídos entre o Hospital Universitário de Brasília (HUB), a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF); e mais o secretário de saúde como presidente na condição de membro nato	Quatro representantes dos trabalhadores	Oito representantes dos usuários do SUS

Fonte: Lei nº 469 de 1993.

A composição do CSDF foi novamente modificada com a Lei nº 2.413 de 29 de junho de 1999, passando a ser composto por três representantes dos prestadores de serviço que seria da SES/DF, do HUB ou do Hospital das Forças Armadas (HFA) e do FHDF; dois representantes dos trabalhadores sugeridos pelas entidades dos sindicatos do setor saúde e cinco representantes dos usuários do SUS sendo um de associações dos portadores de necessidades especiais, um de associações de portadores de patologias, um de entidades de defesa do consumidor, dois representantes dos Conselhos comunitários, associações de

moradores ou equivalentes, totalizando, assim, 10 membros (Quadro 4). Tal configuração se manteve até 2011 – sendo trocados apenas as pessoas representantes – quando foi modificada por meio da aprovação no novo regimento, vigente até hoje, no qual o número de conselheiros mais que duplicou.

Quadro 4 – Previsão de composição do CSDF no ano de 1999.

Total de membros	Membros Gestores	Membros Trabalhadores	Membros Usuários
10 membros	Três representantes dos prestadores de serviço que seriam da SES/DF, do HUB ou do Hospital das Forças Armadas (HFA) e do FHDF;	Dois representantes dos trabalhadores.	Cinco representantes dos usuários do SUS sendo um de associações dos portadores de necessidades especiais, um de associações de portadores de patologias, um de entidades de defesa do consumidor, dois representantes dos Conselhos comunitários, associações de moradores ou equivalentes.

Fonte: Lei nº 2.413 de 29 de junho de 1999.

Quadro 5 – Previsão de composição do CSDF no ano de 2011.

Total de membros	Membros Gestores	Membros Trabalhadores	Membros Usuários
28 membros	Um representante dos hospitais privados; um representante da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS; um representante do Hospital Universitário de Brasília – HUB/FUB ou dos Hospitais Militares das Forças Armadas; três representantes da SES/DF; um representante da	Dois representantes do sindicato ou associação dos médicos; um representante do sindicato ou associação dos enfermeiros; um representante das demais carreiras de saúde de nível superior; um representante dos farmacêuticos; um representante dos trabalhadores das atividades-meio; um representante do	Associações de alunos da área de saúde; Associações de trabalhadores rurais Associações ou entidades de defesa do consumidor; Associações de aposentados, pensionistas ou idosos; Associações de pessoas com deficiência mental; Associações ou entidades ambientais; Associações de portadores de doenças raras; Associações de diabéticos; Associações de hemofílicos; Associações do segmento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT; Associações de apoio aos pacientes

	Fundação Hemocentro de Brasília.	Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;	com câncer; Organizações religiosas; Associações de doentes renais crônicos; Associações de portadores de deficiência física;
--	----------------------------------	--	---

Fonte: Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011.

Como supracitado, a composição do CSDF anterior à atual (antes de 2011) era diferenciada, o que permite várias proposições sobre as manifestações do Conselho e como o mesmo exercia a sua representatividade. A composição do conselho nessa época se dava por 10 conselheiros, seguindo o regimento interno vigente na época, que preconizava a participação de 5 representantes dos usuários, mantendo-se a paridade. Destes cinco conselheiros, dois eram indicados pelo governador do Distrito Federal, e, ainda segundo o regimento, a presidência do Conselho era exercida pelo Secretário de Saúde, sendo o mandato no Conselho consoante com seu mandato de secretário. Dessa forma, mesmo com uma composição paritária, a representação dos usuários ficava condicionada a escolha do governador, ligando diretamente a pessoa indicada à gestão.

Essa formatação tornava-se incoerente diante do que preconiza o controle social e expôs ainda as dificuldades de implementação e consolidação desse controle, considerando que o segmento dos usuários deveria manifestar a vontade da população e exercer sua representação mediante as demandas dos usuários. A indicação, portanto, deveria ser feito pelos próprios usuários. A partir do momento que dois representantes dos usuários são indicados pelo governador, há a possibilidade de um manejo e cerceamento da gestão diante das discussões e demandas apresentadas por esses conselheiros, sendo cabível questionar se as cadeiras representadas eram realmente de usuários do sistema, ou da gestão maquiada pela indicação ao segmento dos usuários.

Dagnino (2002) observa que a natureza dos conflitos nos Conselhos gestores se manifesta pela “partilha do poder”, na medida em que estão em jogo diferentes concepções e projetos políticos. O Executivo resiste a dirimir conflitos na arena dos Conselhos. A sociedade civil não participa efetivamente das decisões nem exerce o controle social. Cabe acrescentar que há uma modalidade autoritária de exercício da política por parte dos representantes do governo, que tendem a tutelar os representantes da sociedade civil nos Conselhos (GERSCHMAN, 2004).

Quadro 6 – Composição do CSDF no ano de 2008.

Total de membros	Membros Gestores	Membros Trabalhadores	Membros Usuários
10 membros	Representante da FEPECS com suplente representante da Fundação Hemocentro de Brasília; Representante do Gestor pela SES/DF; Prestadores de Serviços: Representante do Hospital Universitário de Brasília com suplente representante do HFA	Sindicato de Odontologia do DF com suplente Associação dos Profissionais Fonoaudiólogos do DF; Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional com suplente Sindicato dos Enfermeiros do DF.	Representantes dos Portadores de Necessidades Especiais com suplente Representantes dos Portadores de Necessidades Especiais; Representante dos Portadores de Patologias com suplente representante dos Portadores de Patologias; Representantes de Entidade de Defesa do Consumidor com suplente representantes de Entidade Defesa do Consumidor. Representantes das Prefeituras Comunitárias, Associações de Moradores e Entidades Equivalentes: Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Brasília; Associação Comercial e Industrial de Planaltina DF com suplente Movimento Orgulho Autista Brasil.

Fonte: DODF : 11/02/11 Nº 122 Pg. 17; DODF Nº 58 DE 25/03/2011 Pg. 16; DODF : 11/02/11 Nº 122 Pg. 17; DODF 11/02/2011 Nº 30 Pg. 17; DODF: 30/03/09 Nº 61 Pg. 56; DODF: 21/05/09 Nº 97 Pg. 23; DODF: 26/06/08 Nº 122 Pg. 34/35; DODF: 30/03/09 Nº 61 Pg. 56; DODF: 25/09/08 Nº 191 Pg. 24; DODF 20/10/2009 Nº Pg. 12; DODF: 12/07/10 Nº 132 Pg. 33.

Com o novo regimento interno aprovado em 2011, o número de conselheiros titulares foi ampliado – de dez para vinte e oito (Quadro 7) – e o mandato passou de dois para três anos. Diferentemente também dos mandatos anteriores – quando a presidência ficava a cargo do secretário de Saúde –, desta vez o novo presidente do conselho é escolhido por meio de eleição a ser realizada na primeira reunião ordinária do órgão.

Quadro 7 – Composição do CSDF no ano de 2011.

Total de membros	Membros Gestores	Membros Trabalhadores	Membros Usuários
28 membros	Gestor da SES-DF - Secretário de Saúde	SINDATE- Sindicato dos Auxiliares/ Técnicos	Grupo de Apoio às mulheres atingidas pela Hanseníase;

	<p>DF- interino – membro nato; Representante da Fundação Hemocentro de Brasília; Representante do Hospital Universitário de Brasília; Representante do Hospital das Forças Armadas; Representante da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde do DF tendo como suplente um Gestor da SES-DF; Representante dos Gestores SES-DF tendo como suplente o INCOR – Instituto de Cardiologia do DF; Gestor da SES-DF tendo como suplente o Sub-secretário de atenção primária à saúde; Gestor da SES-DF tendo como suplente a ABRACE – Hospital da Criança de Brasília José Alencar.</p>	<p>Enfermagem do DF tendo como suplente a ABO - Associação Brasileira de Odontologia – DF; Sindicato dos Enfermeiros do DF tendo como suplente o Conselho Regional de fonoaudiólogos- DF; Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde – DF tendo como suplente o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 11ª região DF-GO; Associação dos Agentes Comunitários de Saúde do DF tendo como suplente o Conselho Regional de Nutricionistas – DF; Conselho Regional de Farmácia- DF tendo como suplente a AMB - Associação Médica de Brasília; Sindicato dos Médicos do DF tendo como suplente o Sindicato de Odontologia do DF.</p>	<p>Associação esportiva, cultural e social de estruturação – grupo LGBT (suplente associação mães em movimento); Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Brasília; Sindicato dos trabalhadores rurais e entorno; Associação dos aposentados e pensionistas do DF e entorno; Associação dos Inquilinos em Busca de um teto em Samambaia; Associação dos trabalhadores em educação no DF; Instituto de convivência e recreação do espaço social; Associação dos cidadãos solidários ao movimento popular; Federação de mulheres do Distrito Federal e Entorno; Associação brasileira de combate à AIDS; Centro Scalabriniano de estudos migratórios; Associação brasiliense de pacientes reumáticos; Sindicato dos trabalhadores intérpretes, guias-intérpretes e tradutores da língua brasileira de sinais do DF.</p>
--	---	--	---

Fonte: Relação de Conselheiros Gestão 2012-2014. Disponível no sítio da SES/DF.

A nova composição e a possibilidade de eleição do presidente devem ser marcadas como um enorme avanço democrático do CSDF, considerando que qualquer conselheiro (usuários, trabalhadores e gestores) pode, atualmente, se candidatar. A escolha é feita democraticamente pela maioria absoluta dos votos, permitindo a organização dos conselheiros

para a votação, a exposição de propostas dos candidatos, entre outros aspectos eleitorais. Além disso, o presidente pode se reeleger apenas mais uma vez, permitindo a rotatividade da presidência. O número de conselheiros representantes dos usuários passou a ser 14 titulares e 14 suplentes, abrindo, portanto, a possibilidade de participação de 28 entidades, as quais estão descritas no quadro 8, a seguir. Ao se visualizar tais mudanças, é possível observar que o controle social, mesmo após 27 anos de democracia, ainda está em fase de desenvolver-se a favor da população e do usuário da saúde, estimulando-o de maneira que ele tome posse dos espaços concedidos pela Constituição Federal, visto o aumento significativo da representatividade de entidades no CSDF ao longo das décadas. As modificações regimentais feitas pelo CSDF tendem a impactar positivamente na consolidação do controle social e das ações do conselho, ao menos em seus aspectos normativos, além de expandir a representatividade dos usuários no processo de inserção nos espaços de discussão do SUS.

De acordo com o quadro abaixo (Quadro 8), as entidades que compõem o CSDF não estão fidedignas as descritas na Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011 (Quadro 9). No entanto, ao observarmos a resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, as entidades que ocupam essas cadeiras estão em consonância com as recomendadas pelo CNS. É importante ressaltar que a lei Lei nº 4.604 foi aprovada em 2011, enquanto a resolução nº 453 em 2012, o que nos permite compreender as diferenças entre a lei e a resolução e entre o Regimento e a realidade encontrada, uma vez que a lei é anterior à publicação da resolução.

Quadro 8 – Composição do Segmento dos Usuários do CSDF de acordo com o Regimento Interno. Gestão 2012/2014.

Composição no Regimento Interno	Associações que compõem o CSDF em conexão com o Regimento Interno gestão 2012/2014
Associações de doentes renais crônicos;	<i>Sem representação.</i>
Associações de portadores de deficiência física;	Grupo de Apoio às mulheres atingidas pela Hanseníase
Associações de portadores de doenças raras;	<i>Sem representação.</i>
Associações de diabéticos;	<i>Sem representação.</i>
Associações de hemofílicos;	<i>Sem representação.</i>
Associações do segmento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT;	Associação esportiva, cultural e social de estruturação – grupo LGBT (suplente associação mães em movimento);
Associações de apoio aos pacientes com câncer;	<i>Sem representação.</i>
Organizações religiosas;	Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Brasília

Associações de alunos da área de saúde;	<i>Sem representação.</i>
Associações de trabalhadores rurais	Sindicato dos trabalhadores rurais e entorno
Associação e entidades de defesa do consumidor;	<i>Sem representação.</i>
Associações de aposentados, pensionistas ou idosos;	Associação dos aposentados e pensionistas do DF e entorno
Associações de pessoas com deficiência mental;	<i>Sem representação.</i>
Associações ou entidades ambientais.	<i>Sem representação.</i>

Fonte: Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2001; Relação de Conselheiros Gestão 2012/2014.

Quadro 9 – Associações quem compõem o CSDF sem previsão Regimental. Gestão 2012/2014.

Associações que compõem o CSDF sem conexão direta com o regimento gestão 2012/2014
Associação dos Inquilinos em Busca de um teto em Samambaia
Associação dos trabalhadores em educação no DF
Instituto de convivência e recriação do espaço social
Associação dos cidadãos solidários ao movimento popular
Federação de mulheres do Distrito Federal e Entorno
Associação brasileira de combate à AIDS
Centro Scalabriniano de estudos migratórios
Associação brasiliense de pacientes reumáticos
Sindicato dos trabalhadores intérpretes, guias-intérpretes e tradutores da língua brasileira de sinais do DF

Fonte: Relação de Conselheiros Gestão 2012/2014.

Morgam (2010) afirma em seu estudo que dentre as entidades que os usuários representam, as mais citadas nos estudos de revisão bibliográfica foram as associações de moradores portadores de deficiências e portadores de patologias, seguidas por grupos religiosos. Foram citadas, também, as associações de defesa dos direitos do cidadão, do consumidor ou entidades equivalentes; associação de mulheres, gays, lésbicas, transexuais, bissexuais e associações da terceira idade. O CSDF encaixa-se na mesma perspectiva dos estudos de Morgam. A respeito das entidades representadas pelos usuários, houve maior participação das associações de moradores, portadores de deficiências e portadores de patologias. Um fator importante levantado pelo autor é que essa participação elevada desses tipos específicos de associações evidencia a realidade “curativista” ainda vivida pela sociedade brasileira, a partir do momento que observa-se que as entidades de maior expressividade são compostas por pessoas portadoras de alguma patologia ou deficiência.

Embora esses grupos de pessoas mereçam destaque, questiona-se a falta de representatividade de outras entidades e associações, contempladas na Resolução nº 453, no regimento interno do CSDF e, ainda, a rotatividade necessária para que a participação se torne natural ao exercício da cidadania.

Há, no entanto, fatores determinantes na consolidação do controle social e consequentemente nas ações do CSDF que devem ser discutidos e reorganizados. Ao observarmos o documento “Ata da eleição de renovação de mandato dos usuários do conselho de saúde do Distrito Federal”, que dispõe sobre as eleições das entidades referentes ao período de 2011, disponibilizado pelo CSDF para a elaboração deste trabalho, podemos observar que há um enfraquecimento dos movimentos sociais na posse dos ambientes garantidos na Constituição Federal. Mesmo diante de uma realidade que tem tentado historicamente garantir mais espaços para a participação, tais espaços podem não estar sendo ocupados em sua plena funcionalidade e oportunidades no que tange a participação e representação popular. Mesmo diante da alteração regimental do número de 10 conselheiros titulares e suplentes para 28, aumentando assim o número de entidades que poderiam ser eleitas, apenas 15 entidades se candidataram as vagas no ano de 2011, todas com o intuito de exercer a titularidade no CSDF. Tal fator pode ser explicado pela recente mudança do regimento interno, o que não permitiria uma ampla divulgação de conhecimento das novas cadeiras; ou, ainda, por um fator mais grave, que se caracteriza pelo enfraquecimento dos movimentos sociais.

De acordo com Lerbach (2001), após findar-se o período da ditadura para iniciarmos a tão sonhada democracia, foi possível perceber que houve uma burocratização e, até mesmo, desaparecimento dos movimentos sociais. Lerbach (2011) explica, ainda, que tal enfraquecimento se deve ao atendimento das demandas reivindicadas, impulsionando que os movimentos se tornassem de caráter empresariado ou assumissem a prestação de serviços estatais, esmaecendo-se, assim, o espírito de inovação política que os caracterizava no período anterior. Com o enfraquecimento dos movimentos sociais e a politização dos mesmos em corporações que visionam interesses diversificados, mas que não necessariamente são de comum acordo e em benefício da população, a consolidação das ações do controle social se tornam enviesadas e suscetíveis a determinismos de grupos específicos. De acordo com a autora Shimizu (2013), é fundamental que a escolha das organizações sociais para comporem o conselho seja realizada em fórum próprio da sociedade civil a fim garantir a legitimidade das instituições que participam perante um espaço público.

Diante dessa realidade, é importante frisar que o papel do CSDF diante da fraca mobilização nas eleições deve ser impulsionar a participação social e a candidatura de mais entidades que representem a população, uma vez que tais atitudes fortalecem o controle social e conseqüentemente as ações do conselho. A partir da investidura como conselheiros, as entidades possuem o papel de representar os usuários do sistema, passando a ter obrigações regimentadas, legalmente definidas e atribuições que consolidam um importantíssimo papel social. Enquanto os mecanismos de participação social dos usuários do sistema de saúde se limitam a entidades sociais cadastradas, a cobrança da população pode ser investida no quanto tais entidades estão representando os interesses gerais, que atordoam e massificam os usuários nas mais variadas instâncias de atendimento e prestação de serviços do SUS.

Outro aspecto que permite avaliar a rotatividade das entidades na participação no Conselho de Saúde são as eleições de entidades para a composição de cadeiras, que ocorrem a cada três anos, sendo feitas por uma comissão eleitoral paritária, a qual identifica as entidades, movimentos sociais e associações que atuam no DF, entrando em contato com aquelas que preenchem requisitos para participar do processo. Além disso, as etapas são publicitadas por meio de aviso público. Isso permite que a mesma entidade se candidate a um número indeterminado de mandatos, podendo corroborar com um engessamento dos ambientes no sentido de que a partir do momento que a entidade conhece os trâmites de funcionamento do Conselho, ela se apodera da cadeira de conselheiro, prejudicando, dessa forma, possíveis entidades que teriam outras contribuições favoráveis à população. No entanto, há o contrapeso de que a pessoa do conselheiro só pode se candidatar por dois mandatos; caso o conselheiro ainda queira permanecer no Conselho, deverá se candidatar como representante de outra entidade, não podendo representar novamente uma entidade que já tenha representado no mandato anterior. O processo eleitoral do CSDF é pouco detalhado no regimento interno, sendo somente os artigos 64º e 65º os que baseiam as eleições.

As reuniões ordinárias do CSDF ocorrem prioritariamente às terças-feiras, a cada 15 dias. No entanto, considerando a grande demanda de pautas a serem deliberadas e discutidas e a ativa atuação do CSDF no cenário do Distrito Federal, as reuniões extraordinárias tornam semanais os encontros dos conselheiros. As plenárias só ocorrem se houver quórum, ou seja, 50% mais 1, o que equivale a 15 conselheiros, e, caso não seja identificado o número suficiente previsto em regimento, automaticamente convoca-se pela mesa diretora uma nova seção. É assegurada a participação do suplente nas reuniões com direito somente à voz caso o titular esteja presente. Na ausência do titular, o suplente assume a posição, tendo, portanto,

direito ao voto. Foi possível observar que o quórum sempre é perdido depois de um tempo de reunião, levando em consideração que as reuniões ocorrem em suma maioria no período da manhã, iniciando às 9 horas. Geralmente, depois das 12 horas, os conselheiros começam a se dispersar, sendo que alguns justificam sua saída por motivos de outros compromissos, mas a maioria não. Tal situação foi observada em 72,3% das reuniões de 2014, dado esse resultante da observação participante.

6.2. ANÁLISE DAS ATAS: TEMAS, DEMANDAS E ENCAMINHAMENTOS

A análise das atas das reuniões do Conselho de Saúde do Distrito Federal, do período compreendido do mandato de 2012 à 2014, além da participação presencial nas reuniões do ano de 2014, mostrou que o CSDF se organiza e funciona de acordo com o que é preconizado pela resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo suas normas regimentais e demais legislações pertinentes à atuação e ações dos Conselhos de Saúde.

No ano de 2012, foram analisadas 15 atas, seguidas de 21 atas em 2013 e 13 em 2014, totalizando 49 atas analisadas para fundamentar este estudo. Na tabela abaixo (Tabela 1), segue a relação do número das reuniões das atas.

TABELA 1 – Relação e quantitativo de atas analisadas no período de 2012 à 2014.

Relação de Atas analisadas			
	Reuniões Ordinárias	Reuniões Extraordinárias	Total
2012	286º; 289º; 291º; 293º; 294º; 296º; 297º; 299º; 300º.	285º; 287º; 290º; 292º; 295º; 298º.	15
2013	301º; 302º; 303º; 305º; 306º; 308º; 309º; 311º; 312º; 316º; 319º.	304º; 307º; 310º; 313º; 314º; 315º; 317º; 318º; 320º; 321º.	21
2014	324º; 326º; 327º; 328º; 329º; 330º; 332º; 335º.	323º; 325º; 331º; 333º; 334º.	13
Total	28	21	49

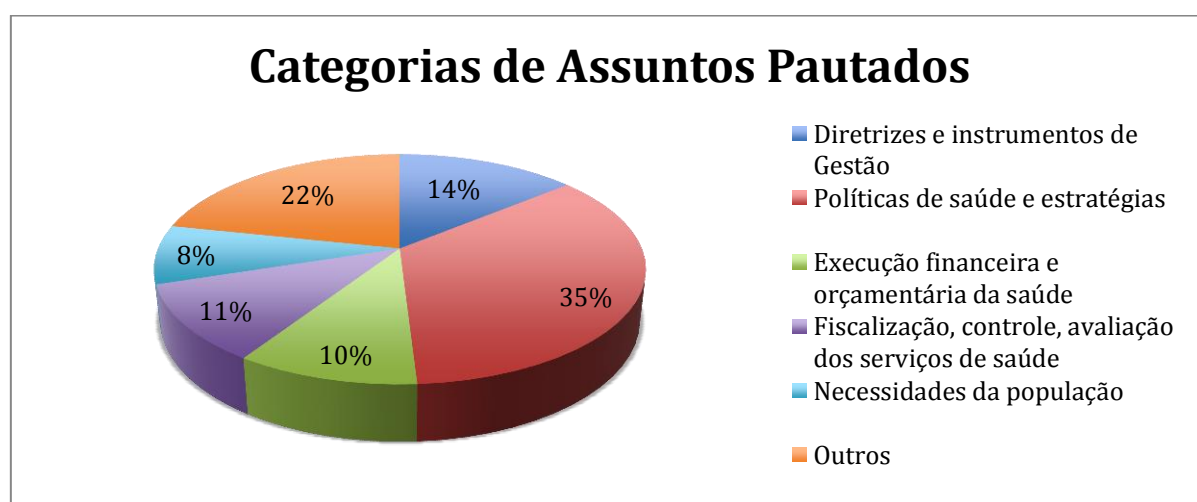
Fonte: dados da pesquisa.

As atas foram analisadas seguindo um roteiro de análise de atas, onde foi possível verificar quais temas foram tratados no âmbito do CSDF e, ainda, os devidos encaminhamentos das discussões pautadas. Verificou-se que os temas tratados no CSDF são

de ampla variedade e importância. As reuniões dos três anos analisados contaram com pautas que abordavam assuntos referentes a diversas áreas da saúde, considerando os níveis de atenção - primária, secundária e terciária descritos na portaria 4.279 (BRASIL, 2010)-, denúncias realizadas por usuários e outras instituições e instâncias, atividades relativas à necessidade de deliberação do Conselho, demandas de funcionamento e fiscalização da gestão, atuação dos profissionais de saúde, entre outros assuntos.

Considerando que os temas abordados nas atas são relacionados a assuntos da saúde e, por mais abrangentes que sejam, possuem linhas de organização, foi possível categorizar os assuntos tratados no CSDF. Segundo Matuoka e Ogata (2010), o Conselho de Saúde possui três funções, subdivididas em competências, sendo elas: função fiscalizatória (fiscalizar e controlar a execução da política de saúde, considerando ainda aspectos econômicos e financeiros); função deliberativa (definir as políticas e as prioridades de saúde, avaliar e deliberar sobre plano de saúde do gestor e formular estratégias); e função consultiva (avaliar ou opinar sobre convênios ou outras questões de saúde). Utilizando-se a metodologia proposta por Machado (2012) com as devidas modificações para adequação ao trabalho, a fim de verificar se essas competências estão presentes no cotidiano do CSDF, foi elaborado o gráfico abaixo (Gráfico 1), relacionado aos assuntos pautados nas reuniões ordinárias do Conselho. Foram excluídos desta contagem os assuntos abordados que não estavam pautados pelo fato de que há uma dispersão natural na discussão dos conselheiros, ocasionando diversos assuntos aleatórios que não necessariamente são discutidos com profundidade por eles. Também foram excluídos os informes, sendo inclusos somente os pontos pautados.

GRÁFICO 1 – Temas abordados nas reuniões do CSDF entre o período de 2012 e 2014 (em %).



Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que vários são os assuntos abordados nas reuniões do CSDF, porém os que sobressaem são os relacionados às políticas e instrumentos de gestão do SUS (35%) e necessidades da população (14%).

No estudo de Machado (2012), as necessidades da população, que constituem 32,70% dos assuntos abordados, se sobressaem diante dos outros aspectos abordados. A partir de uma comparação entre os dados deste estudo com os de Machado, podemos observar que o CSDF se diferencia nesse aspecto, considerando que os assuntos que mais foram pautados no plenário deste conselho estão ligados à Políticas de saúde e formulação de estratégias. De acordo com Netto (2006), o conselho é o responsável por propor diretrizes de políticas de saúde e acompanhar as ações do executivo, fiscalizando a utilização dos recursos. Indo por essa lógica, pode-se inferir que o CSDF, a partir dos assuntos pautados, utiliza o espaço do conselho para promover ações que estão dentro de suas principais competências.

Na variável política de saúde e formulação de estratégias, que ocupou a grande maioria dos assuntos discutidos no conselho (35%), o que se pode observar são diversas propostas que passam pelo conselho para aprovação do pleno e discussão. Percebeu-se, no entanto, que muitas das políticas e propostas passavam pelo pleno para aprovação, não sendo observado de maneira predominante a participação do CSDF na formulação e planejamento dessas políticas. Seria interessante que a gestão e o CSDF estivessem trabalhando em conjunto de maneira que o conselho pudesse participar desse momento de formulação, indicando prioridades, necessidades e exercendo a representação da sociedade. O controle social exercido através dos conselhos de saúde, apesar do caráter fiscalizatório e deliberativo, não deve ser visto somente como uma instância de vigia e aprovação das ações da gestão, mas que também a auxilia para que seja mantida uma proximidade com as necessidades populacionais. A partir do momento que o conselho é visto somente como um espaço no qual é obrigatório a aprovação para que o gestor possa implementar, mas pouco relevante a contribuição, a possibilidade de se tornar uma instância politicamente comprometida é alta. Os conselheiros de saúde exercendo o controle social por meio dos Conselhos de saúde são protagonistas na representação e na consolidação da participação social, devendo exigir a devida credibilidade quanto às suas proposições e posicionamentos.

Os temas referentes às necessidades da população (14%) foram, na maioria das vezes (78%), propostos por conselheiros usuários e faziam parte de pedidos de inclusão de pauta solicitados na mesma reunião. No entanto, foi verificado que tais assuntos se caracterizavam principalmente por denúncias pertinentes a serviços nas regionais, tais como descaso e falta

de profissionais no atendimento, falta de atendimento, medicamentos insuficientes, dificuldades de marcações de consulta entre outros aspectos, como observado nas falas:

“Questionou o Secretário de Saúde a respeito das providências que estão sendo adotadas internamente pela SES com relação ao Técnico de Enfermagem que cometeu aquele erro de maneira forçada. Na nossa visão, continuou, não foi um erro, pois se ele constatou que a dose era excessiva, falou para a responsável, a médica, e ela disse “pode aplicar porque é assim mesmo”, isso significa que ele foi convencido de que estava correto, portanto não cometeu erro [...]. Comunicou a Conselheira F.R. o recebimento de algumas críticas referentes ao atendimento efetuado pela Secretaria da Mulher, principalmente na parte radiológica, que não está tendo o retorno, ou seja, a análise do médico radiologista, etc., para que se tenha o retorno do resultado dos exames.” (Ata de reunião CSDF nº 301/2013).

Quanto à execução financeira e orçamentária (10%), verificou-se que as discussões eram muitas vezes permeadas por pedidos de esclarecimentos pelos conselheiros, que não se sentiam à vontade para discutir um assunto do qual não possuíam domínio. Os conselheiros muitas vezes solicitavam a apresentação de técnicos, os quais geralmente advinham da SES/DF, para que dessa forma o plenário pudesse discutir e deliberar. Apesar da positiva atitude dos conselheiros em solicitar apoio técnico, é necessário que haja uma capacitação desses conselheiros em atividades concernentes ao CSDF. Essa capacitação deve ser pensada de maneira a dar uma base para os conselheiros a respeito de suas atribuições. Durante o ano de 2013, foi pensada uma capacitação pela Universidade de Brasília para atender tal demanda. No entanto, acredita-se que essa capacitação deve ser contínua e permanente, atualizando continuamente os conselheiros de acordo com as necessidades de deliberação. É importante que os conselheiros saibam a importância de suas decisões e o impacto populacional e de saúde que as deliberações que passam pelo CSDF podem ter. A saúde não pode ser negligenciada por questões meramente políticas, pois as consequências afetam diversos níveis de atenção.

O Brasil não possui uma cultura de avaliar programas e políticas de saúde em seu arcabouço de ações que sustentam a consolidação dessas políticas e estratégias. (BROUSSELLE, 2011). A fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde possuiu um número baixo de assuntos pautados, sendo de apenas 11%. Esse número é baixo se comparado às outras demandas, mesmo sendo composto por três tipos diferentes de ações (fiscalização, controle e avaliação) que exigem diferentes tipos de discussões e atuações.

Havendo 35% dos assuntos discutidos relacionados a políticas e estratégias, é possível se perguntar até que ponto essas estratégias traçadas estão sendo avaliadas após a sua implementação, reafirmando o aspecto cultural de discutir e propor ações, mas pouco avaliar e fiscalizar o andamento das mesmas. Há uma inversão de valores no sentido de se discutir a formulação de novas políticas, mas sem que essa criação esteja atrelada ao planejamento e avaliação de propostas que já estão em execução e que possuem aspectos que podem ser aproveitados.

São competências do CSDF ligadas a fiscalização, acompanhamento, controle e avaliação previstas na Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011: aprovar as diretrizes gerais da Política de Saúde do Distrito Federal e acompanhar a sua execução; avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes do Plano de Saúde do Distrito Federal; fiscalizar e controlar a execução orçamentária e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo os do Fundo de Saúde do Distrito Federal, os transferidos e próprios do Distrito Federal e da União; aprovar, acompanhar e avaliar a Política de Gestão de Trabalho do SUS e promover diligências para fiscalizar, quando necessário, nas unidades da SES/DF. Dessa forma, é necessário que os conselheiros estejam mais presentes nesse processo, cumprindo com suas competências sem permitir que o perfil do CSDF se torne apenas propositor, mas que haja um equilíbrio com os papéis de fiscalizador e avaliador, mobilizando assim melhorias diante do respaldo dos pareceres emitidos pelo conselho.

Quanto à parcela “Outros” do gráfico apresentado (Gráfico 1), que representa 22% dos assuntos tratados no âmbito do CSDF, assuntos diversos foram inseridos, em suma referentes à nomeação e posse de conselheiros, estrutura física, funcional e regimental do CSDF, qualificação e identificação de conselheiros, entre outros.

A impossibilidade de utilizar-se anos anteriores a 2012 para a análise de atas deu-se pelo fato de que somente atas do ano de 2012 em diante estão disponíveis para acesso da população no sítio do CSDF, sendo que, ainda, nem todas as atas a partir desse período se encontram publicadas, ocorrendo uma quebra entre algumas reuniões. Por exemplo, no ano de 2013, as atas 218ª e 220ª estão disponibilizadas, enquanto a 219ª ata de reunião não. O fato de não estarem publicadas atas anteriores a 2012 implica não somente numa quebra de publicidade histórica do conselho, mas também na negligência de conteúdo disponível para acesso da população. O CSDF utiliza o sítio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), por estar previsto no organograma da SES-DF. É necessário que as atas, pautas e demais informações do CSDF estejam disponíveis considerando a obrigatoriedade do

princípio da publicidade da administração pública previsto na CF de 1988. Apesar de não estar expresso no regimento interno a necessidade de publicação das atas, o regimento do CSDF é infraconstitucional, ou seja, se encontra abaixo da CF/1988, a qual preconiza a publicidade e transparência.

Uma ferramenta recentemente aprovada na 14^o Conferência Nacional de Saúde em 2011 e que também é negligenciada no sentido de efetiva utilização e publicação é o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS. O SIACS tem como uns dos objetivos dar visibilidade e transparência aos Conselhos de Saúde e facilitar a comunicação entre eles, consequentemente, gerando a troca de informações. É possível visualizar a página na internet referente ao CSDF no SIACS no anexo 2 deste trabalho. Como mostra o anexo 2, apesar de constar informações importantes como o regimento interno e leis diversas que instituem e regulamentam o CSDF e os CS no geral, a utilização desse sistema poderia ser mais intensa de maneira que se pudesse trocar diversas informações entre os outros conselhos de saúde. O SIACS conta com ferramentas que geram gráficos e relatórios a respeito de características dos conselhos, como periodicidade das reuniões, estrutura física, entre outros aspectos. Tal funcionalidade poderia ser utilizada, por exemplo, para fortalecer os laços de troca de informações entre o Conselho Distrital (CSDF) e os Conselhos Regionais que integram as questões de saúde do Distrito Federal, considerando a conjuntura do Distrito Federal de estrutura do controle social. Os Conselhos Regionais, apesar de não possuírem poder de deliberação sobre aspectos orçamentários, possuem um papel importantíssimo quanto às demandas de necessidade da população e demandas locais, devendo ser empoderados, ouvidos e considerados pelo CSDF como ferramentas de fortalecimento do controle social e do exercício das atividades do referido conselho. Entretanto, até o momento da coleta do presente estudo, os Conselhos Regionais não possuíam cadastro no SIACS.

É importante relatar que as atas de reuniões possuem limitações que devem ser levadas em conta na análise, considerando que o objetivo das atas é manter um documento oficial que represente as reuniões ocorridas e os assuntos abordados. No entanto, por se tratar de um documento que é escrito de maneira mais sucinta e ainda por ser passível de percepções do próprio escrivão a respeito dos ocorridos em reunião, as atas do CSDF já foram motivo de assunto no CSDF, pautadas pelos próprios conselheiros. Os discursos demonstram insatisfação dos conselheiros quanto às falas, que não são contempladas em sua essência. Além disso, por meio de observação participante de todas as reuniões ocorridas no ano de 2014, é notável a diferença do que foi observado nas reuniões para o que é emitido nas atas.

Os próprios conselheiros consideram a ata inadequada e discutiram como deviam ser feitos os pedidos de inclusão de pauta, como consta na ata 284º de 2012, voltando o assunto a ser discutido na ata 287º do mesmo ano. É importante ressaltar que com o caminhar da gestão houve uma melhora considerável na elaboração dessas atas, que atualmente possuem mais detalhes da discussão e são organizadas de maneira a facilitar a leitura dos usuários. No entanto, ainda é um recurso limitado, que exige maior atenção do CSDF por ser o meio de transparecer e comunicar a comunidade as ações e discussões do conselho. Isso pode ser considerado uma limitação deste estudo, por se tratar de uma análise de atas que já possuem as restrições supracitadas.

“O conselheiro A.A. considera de extrema relevância as solicitações de inclusão de pauta. No entanto, sugere que sejam solicitadas diretamente a mesa. O conselheiro M.P. considera que é democrática a necessidade dos conselheiros se manifestarem em relação à inclusão de pauta, cabendo ao Plenário a decisão sobre acatar ou não. Solicita ainda que seja respeitada a fala da sociedade civil.” (Ata de reunião do CSDF nº 284, 2012).

Apesar das falas do Conselheiro quanto aos pedidos de inclusão de pauta serem feitos diretamente à mesa, atualmente, os conselheiros prosseguem indicando pedidos de inclusão de pauta durante às reuniões ou em outros espaços os quais o CSDF disponibiliza (e-mail, presencialmente ou por telefone).

“O conselheiro H.F. solicitou o cumprimento do Regimento Interno do CSDF em relação à necessidade de serem gravadas as Reuniões para confecção das atas e de gravação. Referiu que não foi colocado na ata e leitura das Resoluções 18 e 26. Que embora perceba que as atas são bem construídas, faltam informações, porque são colocadas muitas informações durante a Reunião. A Secretária Executiva I.C. informou que não dispõe de equipamentos para realizar as gravações. [...] O conselheiro A.A. propõe que as atas sejam adequadas e revisadas pela Mesa Diretora antes de serem encaminhadas por e-mail aos conselheiros.” (Ata de reunião nº 287, 2012).

Um dos desafios em identificar apenas nas atas de reunião o quanto os usuários pautam é o fato de que existem diversos meios que os conselheiros utilizam para pautar assuntos no plenário do CSDF. Os conselheiros podem pautar via eletrônica, utilizando o e-mail do conselho; via telefone, solicitando inclusão de pauta para a secretaria executiva;

pessoalmente, indo ao conselho e deixando o pedido de solicitação de pauta; ou durante as reuniões; no início da mesma, durante a aprovação da pauta a ser seguida. Devido este estudo limitar-se a análise das atas de reunião, e considerando que na ata não consta quem solicitou a pauta à mesa diretora, foram analisados somente os pedidos de inclusão de pauta feitos durante as reuniões, considerando que tal meio é o mais utilizado pelos conselheiros para pautar demandas, de acordo com informações da secretaria executiva do CSDF.

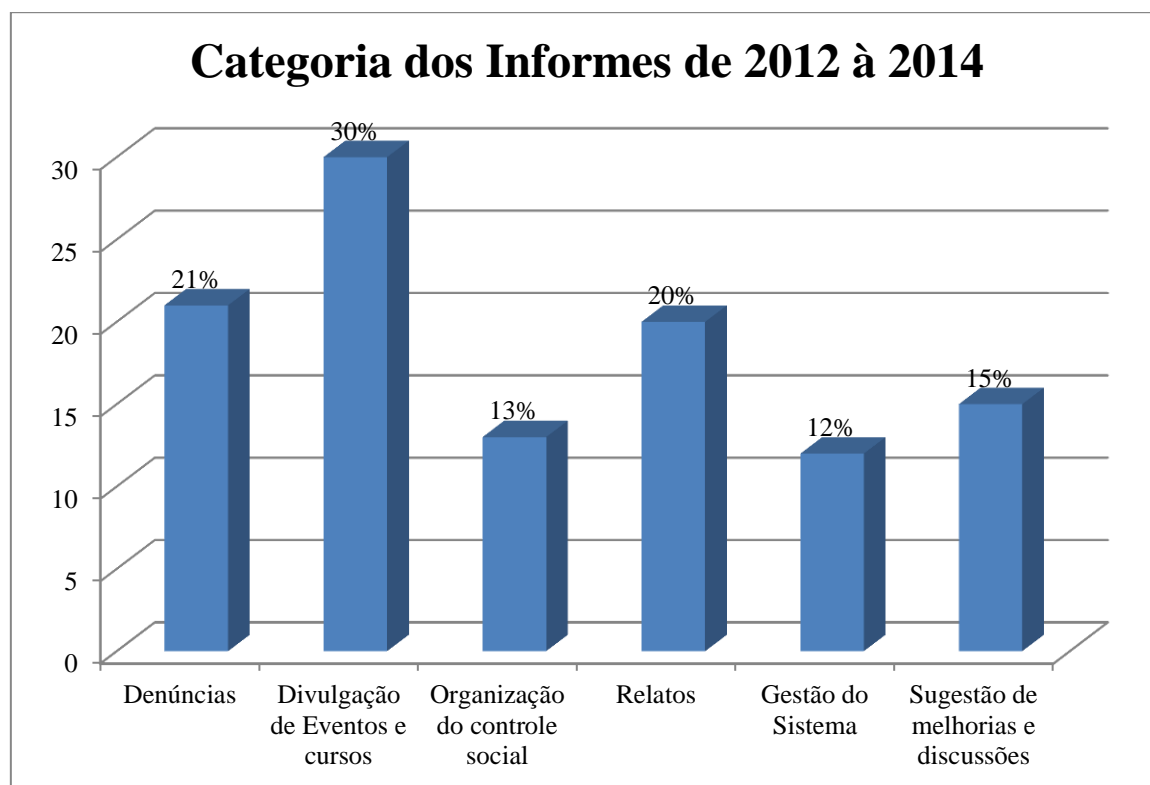
Verificou-se que 55,11% dos pontos de pauta solicitados foram atendidos e discutidos na mesma reunião. O restante (44,89%) foram pautados em no máximo duas reuniões a frente, sendo possível inferir que a solicitação dos pontos de pauta no conselho possuem agilidade em serem pautados. Visualizou-se durante a leitura das atas somente uma reclamação dos conselheiros no sentido de solicitarem inclusão de pauta à mesa diretora e tal solicitação não ser atendida; considerando que o plenário é o local onde grande parte dos incômodos dos conselheiros são apresentados e destrinchados, pode-se supor que tanto os pedidos de pauta solicitados em outros meios quanto os pedidos feitos em plenária são pautados rapidamente. Foi observado, ainda, que não somente os próprios conselheiros pautam assuntos pertinentes, mas outras associações e instituições que não compõem cadeiras de conselheiro, como entidades de moradores das regiões administrativas. A forma de inclusão de pauta não consta regimentalmente, o que permite um livre esclarecimento dos conselheiros e abertura para pautarem com mais facilidade. No regimento, consta sobre a pauta as competências da mesa diretora, que são:

“XI - proceder à seleção de temas para a composição da pauta das Reuniões Ordinárias e das Reuniões Extraordinárias do CSDF, priorizando aquelas deliberadas em reunião anterior, observando os seguintes critérios, estabelecidos pelo Pleno, que levam em consideração a: a) pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho); b) relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho); c) tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil); d) precedência (ordem da entrada da solicitação).” (Regimento Interno Conselho de Saúde do Distrito Federal. 2011)

A facilidade que o CSDF oferece ao disponibilizar diversos meios de comunicação para a solicitação de pauta permite inferir que os conselheiros não possuem barreiras físicas que impedem de pautar. No entanto, ao se observar as reuniões, presume-se uma massificação política dos conselheiros usuários e trabalhadores, caracterizando-os como denunciante, mas pouco resolutivos. Em grande maioria das reuniões, assuntos foram discutidos enquanto informes, sendo que por se tratar de um ambiente de controle social, deveriam ter, além da

discussão, um posicionamento concreto do CSDF. Tal questão foi observada de maneira mais evidente da participação presencial nas reuniões do ano de 2014, além de também ser observado nas atas analisadas. Em seu estudo, Pina (2013) expõe uma análise das atas do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia (CRSC), na qual dispõe que o conjunto das atas objeto do estudo demonstrou que as discussões giravam em torno de cinco tipos de informes: denúncia, divulgação de eventos e cursos, organização do controle social, relatos e gestão do sistema. O mesmo foi observado no CSDF (Gráfico 2), devendo ser atentado o fato de que a divulgação de eventos ocupou a grande maioria desses espaços (30%), seguido de denúncias (21%) e relatos (20%). Os eventos, além da divulgação, contavam com a indicação de conselheiros para a participação e representação do CSDF.

GRÁFICO 2: Categoria dos informes do CSDF de 2012 à 2014 (em %).



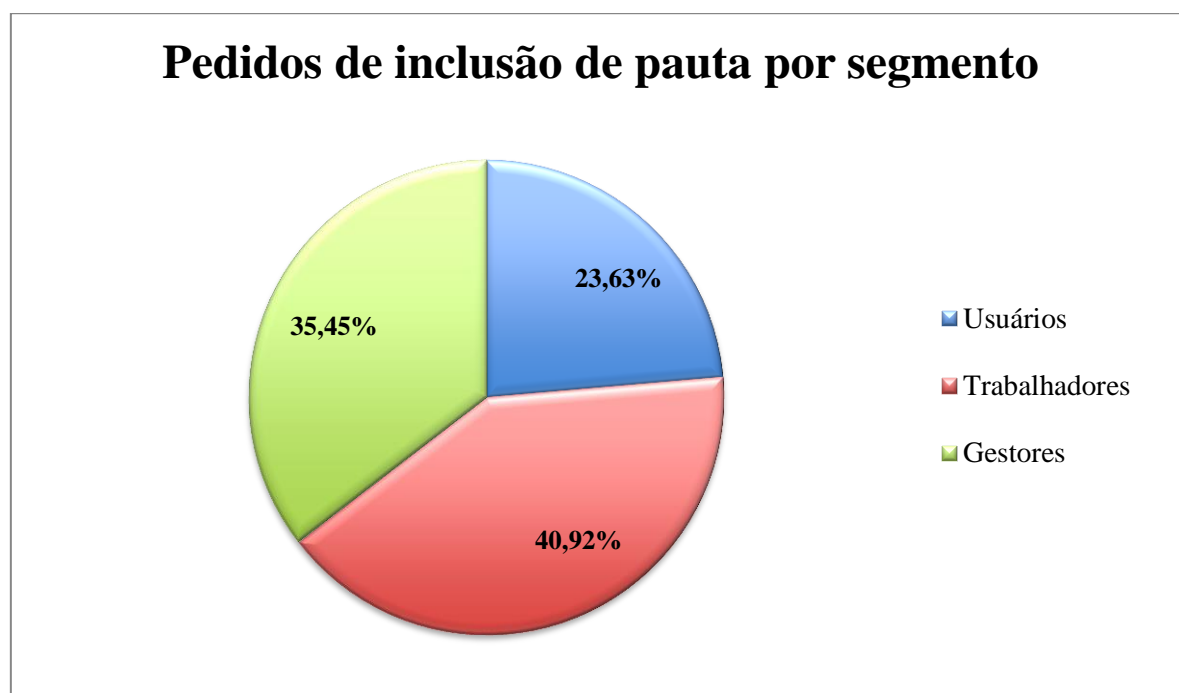
Fonte: dados da pesquisa.

Muitos desses informes, acima explicitados em categorias, poderiam estar listados como pedidos de inclusão de pauta, considerando a necessidade de discussão e deliberação do posicionamento do conselho. Apesar de alguns conselheiros do segmento dos usuários serem participantes ativos nas discussões do conselho e na proposição de assuntos, percebeu-se um receio por parte dos conselheiros usuários em pautar assuntos polêmicos. Verificou-se que

somente 23,63% dos pedidos de inclusão de pauta são feitos por esse segmento (Gráfico 3), contrastando com 76,37% da soma dos segmentos gestores (35,45%) e trabalhadores (40,92%).

O CSDF conta com 14 representantes dos usuários, o que corresponde à metade dos conselheiros membros, sem contar, ainda, com os suplentes, que totalizariam 28 conselheiros. A opinião da população sobre o que deveria ser discutido no conselho fica prejudicada a partir do momento que seus representantes nessa instância pouco pautam sobre as necessidades e interesses dos usuários (apenas 23,63%, explicitado no Gráfico 3), o que permite inferir que mesmo diante da abertura de espaços de participação social e controle da população sobre as instâncias deliberativas, tal participação pode ser velada por interesses políticos, receios e discursos que, de fato, não representam o usuário em sua realidade.

GRÁFICO 3: Pedidos de inclusão de pauta nos anos de 2012 a 2014, por segmento (em %).



Fonte: dados da pesquisa.

É importante ressaltar que diante do alto número de conselheiros, os conselheiros usuários ativos que participam e formam opinião nas discussões em sua maioria são os mesmos em todas as reuniões. Esse fato ocorre de forma generalizada, se estendendo aos outros conselheiros representantes dos outros segmentos. Portanto, além de incluir menos pautas, apesar do segmento dos usuários ter a maior quantidade de cadeiras, é representado por poucos conselheiros que se manifestam nas reuniões. Diante dessas informações, é

possível questionar o porquê da não participação de alguns conselheiros desse segmento nas discussões. Uma das possíveis causas disso pode dar-se ao fato de que muitas vezes os conselheiros não sabem ou não compreendem os assuntos que estão sendo discutidos, mostrando-se receosos em demonstrar uma opinião. Dessa forma, acabam por manifestar-se somente em discussões que possuem domínio ou algum tipo de relação. Isso pode ser indicado ao observar-se, por exemplo, que os assuntos relacionados ao atendimento nas unidades de saúde são mais discutidos pelos usuários do que os assuntos relacionados à execução orçamentária, nos quais seria necessária uma capacitação dos conselheiros para compreender melhor as vistas dos processos.

6.3. A REPRESENTATIVIDADE DOS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS

A atuação dos conselheiros e das entidades que compõem o CSDF influenciam as demandas a serem tratadas no âmbito do conselho, uma vez que, como conselheiros, é dever dos mesmos garantido em regimento acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, propondo, a partir disso, pautas pertinentes a resolutividade, controle e melhoramento do sistema. Dessa forma, considerando uma realidade hipotética onde o conselheiro representante dos usuários visita os serviços de saúde e mantém contato direto com vários segmentos populacionais e com o usuário, poderíamos afirmar que as demandas levantadas representariam uma grande massa populacional, inferindo-se a partir daí que, sendo representante dos usuários, o conselheiro levantaria demandas desse segmento.

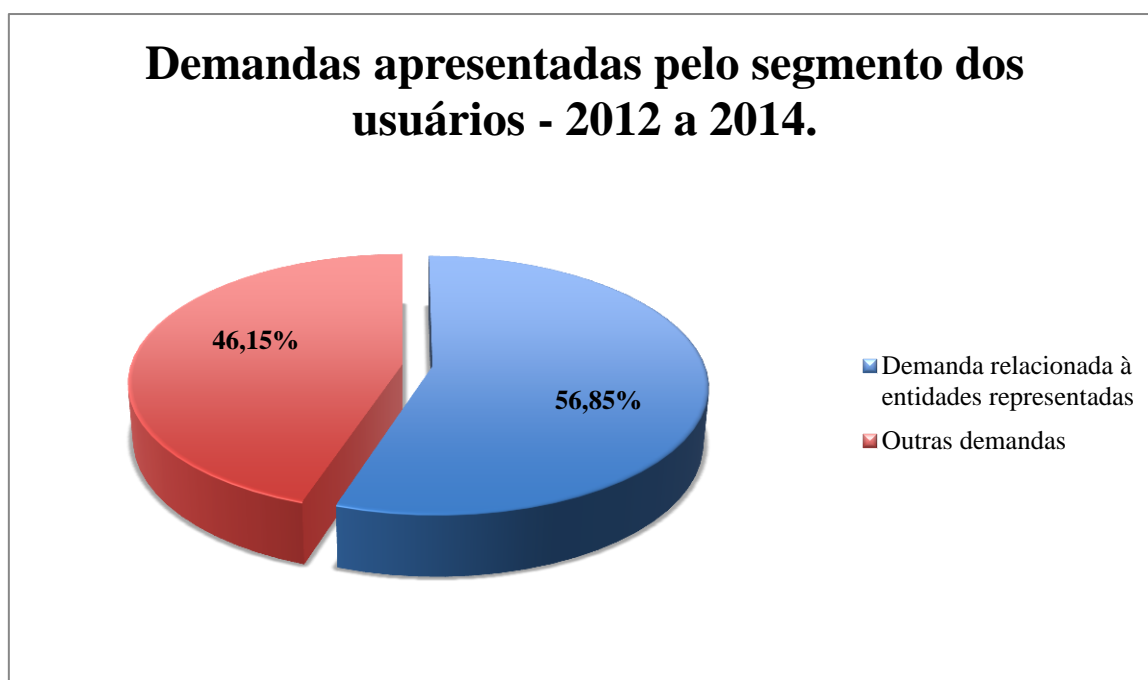
“A representatividade dos conselheiros está relacionada com a capacidade de representação dos interesses coletivos nas assembleias do conselho, como também com a capacidade de articulação desse representante com o segmento que representa. Essa articulação com a base propicia a participação desses grupos no processo de tomada de decisões.” (BULLA e LEAL, 2004, p.8)

No entanto, os temas tratados no âmbito do CSDF permitem uma análise diferenciada dessa hipotética. Das demandas apresentadas pelos conselheiros usuários de 2012 a 2014, 56,85% tinham alguma relação com a entidade representada (Gráfico 4). O que se pode observar é um monopólio das entidades em demandas “auto favoráveis”, ou seja, demandas

que possuem relações diretas e indiretas com as próprias entidades. De acordo com Bueno (2012), o exercício das entidades foi pensado de maneira a facilitar a participação social, considerando que a população como um todo participando das reuniões do conselho seria inviável.

“O mais importante é que os conselheiros são representantes de todos os usuários do SUS do Distrito Federal e deste modo, a população tem os conselheiros como o meio de atender as suas demandas e através deles, os conselheiros, exercerem o controle social. Já que não seria viável a presença de toda a população do Distrito Federal em uma reunião do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Todavia, como esclarecido em lei, as reuniões são abertas ao público que não tem direito ao voto, mas podem acompanhar, avaliar e fiscalizar a implementação da política de saúde.” (BUENO, 2012).

GRÁFICO 4 – Demandas apresentadas pelo segmento dos usuários – 2012 a 2014 (em %).



Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com Morgan (2010), “a própria concretização da representação institucional deve ser problematizada”. Em um estudo realizado no Estado do Espírito Santo, a participação efetiva nos Conselhos foi questionada pelo próprio representante uma vez que se sentiam isolados e incapazes de “levar as informações da comunidade para o conselho, tampouco a ‘ela participar’, ou mesmo torná-la ciente de seus processos. Tal realidade se repete no CSDF, pois as demandas populacionais aparecem em forma de denúncias, das quais pouquíssimas são submetidas a encaminhamentos ou posicionamentos oficiais do conselho.

No estudo do estado do Espírito Santo, a maioria dos conselheiros disse sentir-se presença individual, e não institucional, no conselho. Essa auto análise poderia contribuir imensamente para uma atuação diferenciada do CSDF. A avaliação pelos usuários e suas percepções e opinião sobre os serviços prestados quanto às suas necessidades e expectativas devem ser ouvidas, sendo uma das atividades que pode assegurar a qualidade dos serviços de saúde (MORGAM, 2010). Ainda para Morgam (2010), é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando aperfeiçoá-la. Como representantes dos usuários, os conselheiros deste segmento possuem obrigação ética de conhecer seus representados e suas necessidades, exercendo em plena forma o conceito de representação e participação social.

Tendo em vista que a representação social por entidades não obedece a critérios de universalidade no processo de escolha dos representantes, como por exemplo o voto universal (BORBA, 2010), e, ainda, que os representantes são indicados pelas entidades eleitas, o desenho institucional do CSDF não assegura que todos os cidadãos sejam automaticamente qualificados a ser membros do processo deliberativo (FREY, 2004).

“Mesmo em se considerando as especificidades desse fenômeno, bem como reconhecendo que estamos tratando de espaços que, diferente de substituir, alargam e pluralizam a representação política para além do modelo eleitoral, este novo tipo de representação suscita novas questões relativas ao caráter e à legitimidade da representação política. Buscar compreender este novo fenômeno (plural e complexo) de representação política requer, portanto, que busquemos respostas para um conjunto de questões, entre elas: quem são estes representantes, como foram escolhidos, quem ou o que representam, qual a legitimidade desta forma de representação?” (BORBA, 2010)

Uma pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a respeito do perfil e atuação dos conselheiros nos Conselhos Nacionais traz dados importantes para que se possa entender a conexão dos conselheiros com as bases representadas. Por se tratar de uma pesquisa nacional, centenas de conselheiros foram questionados sobre frequência de contato com as bases de apoio, relatos de debates e deliberações, prestação de contas da atuação no conselho, entre outros aspectos. Foram definidas quatro finalidades para contato dos conselheiros com as bases: definir posições; relatar deliberações; prestar contas; e construir articulações. Como resultado da pesquisa, pôde ser observado que segundo os conselheiros, o contato com as bases de apoio acontece com frequência ou sempre em todas

as finalidades. Os números relativos aos contatos efetuados raramente ou nunca são baixos, representando menos de 5% a cada finalidade (ALENCAR, 2013).

A pesquisa buscou verificar a percepção dos conselheiros em relação aos interesses que eles entendem representar. Segundo Lavallo, Houtzager e Castello (2006) “os representantes da sociedade civil tenderiam a agir de forma heterogênea e em nome de subpúblicos, sem pretender representar o bem comum ou o interesse da nação”. Os resultados observados na pesquisa do IPEA caminham expressando que os conselheiros disseram representar o “interesse de toda a coletividade” em primeiro lugar. Neste sentido, as respostas dadas pelos conselheiros indicam que a percepção deles sobre a própria representação inclui o ideal do interesse da coletividade, o que é diferente da tendência à representação de subgrupos, apontada pela literatura de Lavallo, Houtzager e Castello (2006). Enquanto ao CSDF, verificou-se a confirmação da literatura, onde observou-se que as os representantes dos usuários tendem a agir em nome de suas entidades, sem representar, de fato, o bem comum.

“Pode-se afirmar que o resultado para a legitimidade dos Conselhos se amplia quanto maior for o vínculo do conselheiro com sua população eleitoral e quanto mais orgânico for este vínculo. Caso contrário, toda a responsabilidade pela representação é delegada ao representante, ficando prejudicada a própria proposta de representação. Embora não sejam eleitos como representantes da maioria da população, a legitimidade dos membros do Conselho decorre de sua estreita vinculação com a sociedade, por intermédio das entidades representadas e do processo de interlocução que estas desenvolvem ou podem vir a desenvolver com a população. No caso, o canal de comunicação mais freqüentemente citado é a convocação dos conselheiros para reuniões com a comunidade, que acontecem regularmente. São utilizados também boletins e meios de comunicação próprios das entidades e associações.” (ALENCAR, 2013)

A legitimidade dos conselhos depende, intrinsicamente, da atuação dos conselheiros e da maneira como as discussões são ampliadas em nível de execução. Dessa forma, o perfil de representação dos conselheiros a partir do que eles pautam é uma forma de se observar até que ponto as demandas da sociedade estão, de fato, sendo apontadas no plenário. Foi observado que a representatividade desses conselheiros pode não condizer com a representação do segmento dos usuários, visto que as demandas apresentadas correspondem em suma a assuntos relacionados às entidades representadas, além de ter-se observado que os

pedidos de inclusão de pauta por esse segmento é mínimo se comparado às necessidades expostas todos os dias pela população em favor da saúde e bem estar de todos.

É relevante apontar ainda que o conselho segue as legislações pertinentes aos conselhos de saúde quanto às competências, composição, atribuições e funcionamento. No entanto, foi observado que o aspecto de desligamento dos conselheiros faltosos deve ser mais bem conduzido pelo pleno. É exigido que os conselheiros possuam assiduidade e compareçam as reuniões, podendo haver o desligamento, previsto em regimento interno, do conselheiro que faltar injustificadamente às reuniões. Mesmo assim, a análise das atas permitiu verificar que tem muitas faltas injustificadas, remetendo falta de interesse e comprometimento. O CSDF deixa a desejar no que tange ao desligamento dos conselheiros evasivos que por algum motivo específico ou injustificado deixaram de participar, sendo que essa falta tem impacto direto na participação e atuação do cidadão dentro dos conselhos de saúde. Além da falta de muitos conselheiros existe a apatia e omissão de alguns deles, realçando uma série de questões como, por exemplo, a falta de conhecimento de pautas, do regimento e dos processos de participação.

A participação da sociedade na gestão das políticas públicas poderia contribuir profundamente para mudanças positivas na relação sistema de saúde/usuário. No entanto, a garantia de uma participação efetiva dos usuários na gestão ainda é um grande desafio no cenário do Brasil (Morgan, 2010). É fato que, atualmente, a situação de saúde da maior parte da população mundial continua em níveis precários ou, em algumas áreas, em deterioração e, de acordo com Araújo (1997), as mudanças na prioridade política real e no financiamento público da saúde contribuem decisivamente para essa situação. Por fim, cabe aos profissionais de saúde e aos próprios usuários conselheiros procurar conhecer mais a respeito das políticas de saúde e das práticas de controle social, pois, assim, de fato, terão mais condições de contribuir para a promoção de melhorias no sistema de saúde brasileiro. Afinal, quem melhor do que os usuários conselheiros, legítimos representantes da sociedade, para conhecer os problemas que afetam a população brasileira, propor mudanças e avaliar a qualidade dos serviços que estão recebendo? (MORGAN, 2010)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conselheiros representantes do segmento dos usuários e, ainda, como representantes diretos da população em geral, são os principais responsáveis por receberem às denúncias e pedidos da população no âmbito da política de saúde e agir atendendo essas necessidades. A sociedade civil pode participar não apenas na figura de conselheiro, mas também, expondo ideias e frequentando as reuniões do Conselho para garantir o cumprimento de tudo que foi exigido na luta pela participação social, garantida com a CF/1988 e, atualmente, negligenciada pela população do Distrito Federal. Quando o conselho busca atender os interesses dos usuários, se torna um espaço de qualidade, democrático e participativo.

Para que a participação seja garantida, ainda, é necessário um impulsionamento dos movimentos populares na participação na saúde, uma das mais importantes conquistas da nação brasileira democratizando as decisões. Para garantir a democracia por meio dos conselhos é preciso que seus membros compareçam as reuniões que ocorrem mensalmente no conselho de saúde. O CSDF possui, ainda, um número de reuniões acima da prevista na legislação (no mínimo uma reunião mensal, totalizando 12 reuniões anuais) ocorrendo mais de uma vez por mês, devido à grande quantidade de demandas a serem discutidas. É um ponto positivo que a periodicidade seja preservada, ocorrendo reuniões próximas e que mantem os conselheiros ativos, participativos e em dia com as demandas populacionais.

A partir do exposto neste estudo, pode-se inferir que existe uma forte participação por parte dos conselheiros, com muitos discursos e falas promissoras. Porém, há uma descreditação das ações e deliberações do conselho a partir do momento que o discurso aparece descolado das ações. Ou seja, apesar de ser um ambiente que discute fervorosamente e expressa paixão pelo controle social, as ações do CSDF nem sempre atendem à necessária resolutividade. O discurso dos conselheiros de uma forma geral é muito descolado das propostas, e, ainda, quando observado a atuação do segmento dos usuários, a representação exercida torna-se tendenciosa às demandas de suas bases. É necessária uma aproximação dos conselheiros usuários com a sua verdadeira base, que são os próprios usuários do sistema, não somente às entidades os quais representam. Propõe-se que seja lançada uma campanha de aproximação dos conselheiros representantes dos usuários no sentido de justapor o conselheiro ao usuário, permitindo inferência de mais demandas sociais e de representação efetiva.

A agilidade da mesa diretora e do pleno em pautar os pedidos de inclusão de pauta garante aos conselheiros liberdade para pautarem, sendo que o CSDF permite ainda que a população e outras instituições, segmentos e movimentos solicitem pautas, que são discutidas pelo pleno. A abertura das portas do conselho para à população se faz não apenas por meio dos conselheiros usuários, mas também individualmente.

A posição de conselheiro de saúde deve estar bem clara àqueles que decidem e são indicados à ocupa-la, pois as vaidades pessoais e decisões individuais não devem ser mantidas nesse ambiente. A necessidade de entidades em serem titulares evidencia não somente a posição de poder remetida aos conselheiros de saúde, mas a um desvio do que prevê a participação social. A partir do momento que a entidade conhece os trâmites de funcionamento do Conselho, ela se apodera da cadeira de conselheiro, prejudicando, dessa forma, possíveis entidades que teriam outras contribuições favoráveis à população, tornando o conselho um ambiente de disputas de poder.

As mudanças recentes no regimento interno e da legislação podem incidir em trabalhos e atuações futuras no sentido de compreender o quanto tais mudanças influenciam a atuação do conselho e seu pleno funcionamento. Este estudo mostrou que o aumento de membros que representam os usuários foi um avanço para o CSDF por considerar de maneira numérica a pluralidade da sociedade, e é necessário que tais mudanças sejam estudadas para melhoras no exercício e consolidação do controle social.

As atas de reunião disponibilizadas são de grande valia para o acompanhamento e transparência das discussões e ações do conselho. Apesar de alguns atrasos e falhas encontradas na publicação das atas relativas às reuniões do conselho, ferindo o princípio da publicidade, no geral são publicadas e acessíveis à população. É necessário, no entanto, que o CSDF se atente à importância de publicar não somente atas da atual gestão (2012-2014), mas também anteriores, que permitem avaliar uma evolução histórica do Conselho. É importante ressaltar ainda que as atas são a referência e registro oficial das discussões, sendo preciso que se tornem cada vez mais fidedignas.

Durante as reuniões muitos assuntos são elencados e consequentemente outros acabam se perdendo no calor das discussões, muito devido ao fato de existirem pautas muito diversificadas e o alongamento das falas. A discussão é muito ampla, mas é possível observar que é quase inexistente o cooperativismo entre as regionais para o trato de assuntos convergentes. Os conselhos regionais, os quais poderiam contribuir imensamente nas demandas populacionais devido a sua aproximação com a população, são pouco discutidos e

considerados pelo CSDF. Apesar dos problemas serem similares, não existe grande integração e comunicação para solução destes problemas, o que enfraquece e desqualifica os conselhos regionais e, ao mesmo tempo, torna o CSDF menos aproximado da população. É possível propor que os conselheiros tracem estratégias de aproximação com os conselhos regionais, aproximando, dessa forma, o olhar do CSDF nas diferentes regiões administrativas do DF.

É importante destacar que este estudo visa o fortalecimento e rediscussão do controle social, contribuindo para a melhoria e funcionalidade do conselho. A metodologia utilizada pode ser utilizada em estudos futuros; propõe-se, no entanto, que sejam feitas entrevistas com os conselheiros e com a população para compreender melhor as percepções dos conselheiros sobre seu papel, representatividade e relacionamento com a população.

O controle social, em sua atual conjuntura, precisa ser repensado e rediscutido. Chegou-se à um momento, após 27 anos de Constituição Federal e de início do SUS, em que devemos avaliar a efetividade dessa forma de participação social. A burocratização dos conselhos, a pouca representatividade dos conselheiros e o enfraquecimento dos movimentos populares são fatores determinantes nas mudanças de rumo da sociedade no que tange à sua participação nessas instâncias. É necessário se empoderar, participar, tomar posse dos espaços que são garantidos. Enquanto for delegado ao outro o dever pessoal de construção democrática, a sociedade tende a se desenvolver sob o olhar de poucos, deixando muitos às margens de seus direitos e deveres.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, J. et al. **Conselhos Nacionais: Perfil e Atuação dos Conselheiros**. Relatório de pesquisa. Ipea, 2014.

ARAÚJO, A; ITURRI, J. Renovando a estratégia de saúde para todos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 182-183, apr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de junho de 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARROS, A.J.P. LEHFELD, N.A.S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.

BORBA, J; HAHN LÜCHMANN, L. H. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, vol. 2, núm. 2, 2010.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação?**. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011**: Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coordenação Geral. **Resolução n. 33/92**. Centésima trigésima sexta reunião ordinária, realizada nos dias 3 e 4 nov. 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. **Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011**: Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. **Diário Oficial da União**; 4(2):15-25, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 29 de novembro de 2014.

_____. Ministério Público da Bahia. **Manual de Atuação do Ministério Público em Defesa do Direito à Saúde**. Bahia, 2005. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/manual_atuacao.pdf> Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008**. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA. Diário Oficial da União 2008; 03 dez.

_____. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**: Aprova as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Políticos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990.

BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

BUENO, B. S. O. **A participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal**: uma análise sobre a representação dos usuários. Brasília: UnB, 2012. p. 79 (Bacharelado em Serviço Social).

BULLA, L. C.; LEAL, M. L. M. A Participação da Sociedade Civil no Conselho Municipal de Assistência Social: O Desafio de Uma Representatividade Democrática. **Textos & Contextos** (Online), v. 03, p. 04-17, 2004. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/teo/ojs/index.php/fass/article/view/973>>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/FASE, 1995.

CARVALHO, G. C. M. Participação da comunidade na saúde. **Passo Fundo–RS: IFIBE, CEAP**, 2007.

COTTA, R. M. M. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Set. 2014.

DAGNINO, E. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, p. 9-15, 2002.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania. In: DAGNINO, E. (org.). **Os anos 90: Política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Ed. Brasiliense, pg. 103-115, 1994.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 279-301

FREY, K. Governança interativa: uma concepção para compreender a gestão pública participativa? **Política & Sociedade**, v. 5, p. 117-136, 2004.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Set. 2014.

GOHN, M. G. **Teorias dos movimentos sociais: Paradigmas clássicos e contemporâneos**. Edições Loyola, São Paulo, 1997.

GOSS, K. P.; PRUDENCIO, K. O conceito de movimentos sociais revisitado. **Em Tese**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 75-91, jan. 2004. ISSN 1806-5023. Disponível em: <<https://www.rbcdh.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/13624/12489>>. Acesso em: 09 Jun. 2015.

GUIZARDI, F. L. Do CONTROLE social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 set. 2014.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.537-47, 2002.

LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P.; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação política e sociedade civil. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 67, p. 49-103, 2006.

LERBACH, B. C. Uma revisão dos percursos teóricos e práticos dos movimentos sociais. **Revista Habitus**: revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais - IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2 , p.51 - 66, dezembro. 2011. Semestral. Disponível em: <www.habitus.ifcs.ufrj.br>. Acesso em: 30 de maio de 2015.

LOBIONDO-WOOD G, HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 2001.

MORGAN; et al, 2010. Conselhos de Saúde: perfil dos usuários e das entidades por eles representadas. **Rev. Min. Enferm.**, jul./set., 2010.

MACHADO, R. T. **Um olhar sobre a dinâmica do conselho de saúde de um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG**; Minas Gerais: UFMG, 2012; (Aperfeiçoamento/Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família).

PINA, A. R.; CARDOSO, A. J. C. Participação Popular em Saúde: Um Estudo Sobre o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. Pág. 159-179, abr. 2013. ISSN 1982-8829. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1286>>. Acesso em: 23 Set. 2014.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, Jan.1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Set. 2014.

ROMÃO NETO, J. V. **Participação popular em saúde**: o caso dos conselhos gestores das subprefeituras de São Paulo. São Paulo: USP, 2006.

SHERER-WARREN, I. **Redes de movimentos sociais**. São Paulo. Edições Loyola, 1993.

SHIMIZU, H. E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do CONTROLE social em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, Ago. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Set. 2014.

9. ANEXOS

ANEXO 1 – Roteiro de análise de pautas e atas.

Número/ tipo de Reunião*	Data	Conselheiros Presentes	Conselheiros que participaram	Pedido de Inclusão de Pauta anterior ou no momento da reunião	Pedido Pautado ou não	Assunto resolvido na mesma reunião ou em outra	Inclusão de pauta por representante de qual segmento/qual entidade	Transcrição dos pedidos de inclusão e da demanda apresentada	Assunto relatado pelo conselheiro, mas não pautado	Encaminha- mento	Considera- ções
Ordinária ou extraordinária		Conselheiros presentes de acordo com a lista que consta em ata.	Conselheiros que manifestaram voz na reunião.	PEDIDO 1			Gestores, trabalhadores ou usuários; se usuários, qual conselheiro/ entidade.				
				PEDIDO 2							
				PEDIDO 3...							

ANEXO 2 - Página na internet do CSDF no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS, Ministério da Saúde, 2015.

← → ↻ aplicacao.saude.gov.br/siacs/login.jsf

SIACS Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

Cadastro de Conselho

Dados do Conselho Composição Atual Outros Dados Presidente e Secretário Funcionamento e Infraestrutura

Formulário de Cadastro de Conselho

DADOS DO CONSELHO

Nome do Conselho:
Conselho Estadual de Saúde - DISTRITO FEDERAL

Estado: DISTRITO FEDERAL Município:
Tipo de Conselho: Conselho Estadual

Instrumento de Criação: Decreto
Data de Criação do Conselho: 28/03/1973
Data da Última Recomposição: 15/07/2011

Preenchido Diretamente na Internet?
Sim

Atos Normativos (Insira todos os instrumentos relacionados à criação/estruturação do Conselho de Saúde):

Adicionar

LEI Nº 4.604 2011- vigor CSDF.doc X
Decreto 2226-criação CSDF.rtf X
lei 2413.doc X
LEI CSDF Nº 4577-29-06-2011.pdf X
Resolucao_n_390_Consehos_Regionais_de_Saude_vigente.pdf X
Regimento_Interno_CSDF.pdf X
Lei_Organica_do_DF.pdf X
Lei_4604_-_DODF.pdf X

Número do Documento: 08 Data de Publicação: 18/07/2011

Veículo de Publicação:
Diario Oficial do Distrito Federal (DODF)

CEP: 70610-410 Endereço: SIG QUADRA 1

Número: s/n Complemento:
Bairro/Localidade: BRASILIA

Ponto de Referência: proximo ao ministério publico DF Telefone: (61)3344-6017 Telefone 2: (61)3344-4745 Fax:

E-mail do Conselho: conselho.saudedf@gmail.com

Existem Comissões no Conselho de Saúde?
☒ Sim ☐ Não

Quais?
PARTICIPA SUS
ORÇAMENTO E FINANÇAS
ADMINISTRAÇÃO DO FSDF

ANEXO 3 – Quadro resumo da composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

LEGISLAÇÃO	ASSUNTO	COMPOSIÇÃO	OBSERVAÇÕES
Decreto nº 2.225 de 28 de março de 1973	Criação do CSDF.	Membros gestores e trabalhadores; sem previsão de usuários.	Pagamento de gratificação aos conselheiros.
Lei nº 070 de 22 de janeiro de 1989	Modificou as atribuições e composição.	16 membros, sendo oito usuários.	Composição paritária; membros dos Ministérios.
Lei nº 469/93	Modificou as atribuições e composição.	16 membros + 1 presidente nato (Secretário de Saúde)	Mudanças no segmento dos gestores e trabalhadores.
Lei nº 2.413 de 29 de junho de 1999	Modificação da composição.	10 membros no total	Dois usuários indicados pelo governador.
Regimento Interno do CSDF 2011	Altera as atribuições e composição.	28 membros	Presidente eleito por voto dos conselheiros.